



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais

Intervenção com crianças em contexto escolar e em contexto institucional e com
idosos em contexto institucional

Relatório de estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Mafalda Sofia da Costa Lopes Ferreira

Sara Isabel Pinheiro de Melo

2013

“Nada em ti exageres ou excludas. Sê tudo quanto és, no mínimo que fazes!”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

(Todas) as palavras são poucas para expressar a minha gratidão às pessoas e instituições que contribuíram, direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Ainda assim gostaria de agradecer...

... aos meus pais e à minha irmã, pelo amor, pela dedicação, pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes na minha vida, por tudo o que têm feito por mim;

... aos meus padrinhos, pelo apoio e incentivo na realização de mais esta etapa da minha vida académica;

... aos meus amigos, pela paciência, compreensão e incentivo nos momentos de maior frustração;

... à minha colega de estágio, Carlota Teves, pelo trabalho, dúvidas e triunfos partilhados, pela força transmitida nos momentos mais difíceis, por ser uma amiga sempre presente;

... à minha orientadora de estágio, Professora Doutora Celeste Simões, pela dedicação, pelos conhecimentos transmitidos, pela paciência, pela disponibilidade e amabilidade demonstrada em todos os momentos;

... às Psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, pelo apoio e pela oportunidade de adquirir novas aprendizagens, em especial à Dr.^a Catarina Abreu; à Dr.^a Ana Morato e à Dr.^a Ana Barros, com quem tive o prazer de trabalhar mais de perto;

... ao Dr.^o António Santinha e a toda a equipa da Casa da Fonte, pela disponibilidade e por todo o apoio prestado, e em especial à Dr.^a Marília, que nos acompanhou mais de perto;

... à Dr.^a Carla Gomes do Centro Social Paroquial de Oeiras, pela oportunidade proporcionada, pela confiança, pelo apoio e pela valorização do trabalho desenvolvido, e em especial ao Dr.^o Hugo Gonçalves, que acompanhou o nosso estágio mais de perto;

... à Dr.^a Paula Abreu do Centro de Dia São Francisco Xavier, pela oportunidade, pelo apoio, pela confiança e pelo reconhecimento e valorização do trabalho desenvolvido com os idosos;

...e por fim, mas não menos importante, a todas as crianças e idosos, por me brindarem com os seus sorrisos e a sua amizade e por tornaram este trabalho possível.

Resumo

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. Este trabalho tem como principal objetivo apresentar a descrição das atividades de estágio realizadas no âmbito da promoção de competências pessoais e sociais, com crianças dos 6 aos 13 anos em contexto escolar e institucional e com idosos em contexto institucional. A intervenção psicomotora teve como base o Programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais (Matos & Tomé, 2012) para os diferentes contextos.

De uma forma geral, os resultados obtidos na intervenção vão de encontro aos objetivos pré-estabelecidos, assim considera-se que houve evoluções positivas nos diferentes grupos. As crianças em contexto institucional demonstraram ter gostado das sessões e revelaram melhorias ao nível do comportamento e da comunicação com os outros. No contexto escolar os progressos foram mais evidentes num dos grupos. No que se refere à intervenção com idosos em contexto institucional, verificaram-se evoluções positivas na comunicação entre os utentes e ainda ao nível do bem-estar e da qualidade de vida.

Na parte final deste relatório é feita uma análise dos resultados apurados e serão apresentadas as dificuldades, conclusões e recomendações para intervenções futuras.

Palavras-chave: Competências pessoais e sociais; contexto institucional e escolar; crianças em risco; fatores de proteção; fatores de risco; idosos; institucionalização; intervenção psicomotora; Qualidade de Vida; resiliência.

Abstract

This report comes on the scope of the Master of Psychomotor Rehabilitation, Branch of Advancement of Professional Competencies, of the Faculdade de Motricidade Humana. The main objective of this report is to present the description of the internship activities carried out under the promotion of personal and social skills with children from 6 to 13 years in schools and institutional context and elderly in institutional context. The psychomotor intervention was based on the Training Program Personal and Social Skills (Matos & Thomas, 2012) for different contexts.

In general, the results obtained in the intervention will meet the pre-established objectives, and were considered to be positive developments in the different groups. Children in institutional context appear to like the sessions and showed improvements in behavior and communication with others. In the school context these changes were more evident in one of the groups than the other. With regard to intervention with the institutional elderly, there were positive developments in communications between users and even to the level of wellness and quality of life.

At the end of this report is an analysis of the results obtained will be presented and the difficulties, conclusions and recommendations for future interventions.

Key-words: Personal and Social Skills; institutional and school context; children at risk; protective factors; risk factors; elderly; institutionalization; Psychomotor Intervention; Quality of Life; resilience.

Índice Geral

Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Abstract	IV
Índice Geral	V
Índice de Gráficos.....	VII
Índice de Quadros	X
Índice de Tabelas	X
Índice de Anexos	X
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento da Prática Profissional	2
2.1. Revisão da Literatura.....	2
2.1.1. Crianças em Risco.....	2
2.1.2. Fatores de risco.....	3
2.1.3. Fatores de proteção.....	4
2.1.4. Resiliência	4
2.1.5. Institucionalização de Crianças	5
2.1.6. Intervenção Psicomotora nas Competências Pessoais e Sociais em Crianças.....	6
2.1.7. Envelhecimento	8
2.1.8. Institucionalização de Idosos	9
2.1.9. Qualidade de Vida	9
2.1.10. Intervenção Psicomotora nas Competências Pessoais e Sociais em Idosos.....	10
2.2. Enquadramento Institucional	11
2.2.1. Casa da Fonte	11
2.2.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier.....	12
2.2.3. Centro de Dia São Francisco Xavier	13
2.3. Enquadramento Legal	14
2.3.1. Casa da Fonte	14
2.3.2. Junta de São Francisco Xavier	15
2.3.3. Centro de Dia São Francisco Xavier	15
3. Realização da Prática Profissional.....	16
3.1. Caracterização da população	16
3.1.1. Casa da Fonte	16

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

3.1.2.	Psicomotricidade na Escola.....	17
3.1.3.	Centro de Dia São Francisco Xavier.....	18
3.2.	Avaliação.....	18
3.2.1.	Instrumentos de avaliação.....	18
3.3.	Condições de Avaliação.....	20
3.3.1.	Casa da Fonte.....	20
3.3.2.	Psicomotricidade na Escola.....	20
3.3.3.	Centro de Dia São Francisco Xavier.....	21
3.4.	Contextos de intervenção.....	21
3.4.1.	Casa da Fonte.....	21
3.4.2.	Psicomotricidade na Escola – E.B. 1 de Caselas.....	21
3.4.3.	Psicomotricidade na Escola – E.B. 1 Os Moinhos do Restelo.....	21
3.4.4.	Centro de Dia São Francisco Xavier.....	22
3.5.	Calendarização.....	22
3.5.1.	Casa da Fonte.....	23
3.5.2.	Junta de São Francisco Xavier.....	23
3.5.3.	Centro de Dia São Francisco Xavier.....	24
3.6.	Planeamento dos objetivos e estrutura da intervenção.....	24
3.6.1.	Casa da Fonte e Psicomotricidade na Escola.....	24
3.6.2.	Centro de Dia São Francisco Xavier.....	26
3.7.	Apresentação dos Resultados de Intervenção.....	27
3.7.1.	Casa da Fonte.....	28
3.7.2.	Psicomotricidade na Escola E.B.1 de Caselas – Grupo 1.....	40
3.7.3.	Psicomotricidade na Escola E.B.1 Os Moinhos do Restelo – Grupo 4.....	50
3.7.4.	Centro de Dia São Francisco Xavier.....	59
3.8.	Discussão dos Resultados.....	63
3.8.1.	Casa da Fonte.....	63
3.8.2.	Psicomotricidade na Escola E.B. 1 de Caselas – Grupo 1.....	65
3.8.3.	Psicomotricidade na Escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo – Grupo 4.....	67
3.8.4.	Centro de Dia São Francisco Xavier.....	68
3.9.	Atividades de Formação Complementares.....	69
4.	Dificuldades e Limitações.....	70
5.	Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro.....	71
6.	Bibliografia.....	73

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Lotação do Centro de Dia entre outubro de 2012 e maio de 2013.....	13
Gráfico 2: Número de crianças presentes em cada sessão – Casa da Fonte.....	16
Gráfico 3: Número de sessões em que cada criança esteve presente – Casa da Fonte..	16
Gráfico 4: Média de idades inicial dos grupos da Psicomotricidade na Escola.....	17
Gráfico 5: Número de utentes presentes em casa sessão – CDSFX.....	18
Gráfico 6: Número de sessões em que cada utente esteve presente – CDSFX.....	18
Gráfico 7: Valores médios do grupo inicial obtidos pelos SDQ's dos educadores, dos auxiliares e das crianças – Casa da Fonte.....	28
Gráfico 8: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	29
Gráfico 9: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte.....	29
Gráfico 10: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte.....	30
Gráfico 11: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte.....	30
Gráfico 12: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte.....	31
Gráfico 13: Avaliação inicial e final dos educadores do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte.....	31
Gráfico 14: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	32
Gráfico 15: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte.....	32
Gráfico 16: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte.....	33
Gráfico 17: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte.....	33
Gráfico 18: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte.....	34
Gráfico 19: Avaliação inicial e final dos auxiliares do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte.....	34
Gráfico 20: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	35
Gráfico 21: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte.....	35
Gráfico 22: Avaliação inicial e final dos auxiliares na subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte.....	35
Gráfico 23: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte.....	36
Gráfico 24: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte.....	36

Gráfico 25: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte.....	37
Gráfico 26: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s dos educadores – Casa da Fonte.....	37
Gráfico 27: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s dos auxiliares – Casa da Fonte.....	38
Gráfico 28: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s das crianças – Casa da Fonte.....	38
Gráfico 29: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Casa da Fonte.....	39
Gráfico 30: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Casa da Fonte.....	39
Gráfico 31: Valores médios iniciais obtidos pelos SDQ`s dos professores, dos pais e das crianças – Grupo 1.....	40
Gráfico 32: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1.....	41
Gráfico 33: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1.....	41
Gráfico 34: Avaliação inicial e final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1.....	42
Gráfico 35: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1.....	42
Gráfico 36: Avaliação inicial e final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1.....	43
Gráfico 37: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1.....	43
Gráfico 38: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1.....	43
Gráfico 39: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1.....	44
Gráfico 40: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1.....	44
Gráfico 41: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1.....	45
Gráfico 42: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1.....	45
Gráfico 43: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1.....	45
Gráfico 44: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1.....	46
Gráfico 45: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1.....	46
Gráfico 46: Avaliação inicial e final das crianças da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1.....	47
Gráfico 47: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1.....	47

Gráfico 48: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1.....	47
Gráfico 49: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1.....	48
Gráfico 50: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s dos professores – Grupo 1.....	48
Gráfico 51: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s dos pais – Grupo 1.....	48
Gráfico 52: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s das crianças – Grupo 1.....	49
Gráfico 53: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Grupo 1.....	49
Gráfico 54: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Grupo 1.....	50
Gráfico 55: Valores médios do grupo inicial obtidos pelos SDQ`s dos pais, dos professores e das crianças – Grupo 4.....	50
Gráfico 56: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4.....	51
Gráfico 57: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4.....	52
Gráfico 58: Avaliação inicial e final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4.....	52
Gráfico 59: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4.....	52
Gráfico 60: Avaliação inicial e final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4.....	53
Gráfico 61: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4.....	53
Gráfico 62: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4.....	54
Gráfico 63: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4.....	54
Gráfico 64: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4.....	55
Gráfico 65: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4.....	55
Gráfico 66: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4.....	55
Gráfico 67: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4.....	56
Gráfico 68: Avaliação inicial e final da criança nas 5 subescalas e no Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4.....	56
Gráfico 69: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s dos professores – Grupo 4.....	57
Gráfico 70: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ`s dos pais – Grupo 4.....	57
Gráfico 71: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Grupo 4.....	58

Gráfico 72: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Grupo 4.....	59
---	----

Índice de Quadros

Quadro 1: Horário semanal de intervenção.....	22
Quadro 2: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte.....	23
Quadro 3: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na escola E.B. 1 de Caselas (grupo 1).....	23
Quadro 4: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo (grupo 4).....	23
Quadro 5: Calendarização das sessões do projeto “Afetos na Escola”.....	24
Quadro 6: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade no CDSFX.....	24
Quadro 7: Objetivos gerais e específicos da intervenção na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na Escola.....	25
Quadro 8: Objetivos gerais e específicos da intervenção no CDSFX.....	26
Quadro 9: Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 1: Avaliação inicial e final dos utentes do CDSFX do domínio de Orientação.....	59
Tabela 2: Avaliação inicial e final dos utentes do CDSFX da Capacidade de Retenção e Evocação.....	59
Tabela 3: Avaliação inicial e final do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar dos utentes do CDSFX.....	60
Tabela 4: Avaliação inicial e final dos domínios Físico e Psicológico dos utentes do CDSFX.....	61
Tabela 5: Avaliação inicial e final dos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente dos utentes do CDSFX.....	61
Tabela 6: Avaliação inicial e final da Noção Corporal, Estruturação Rítmica e Motricidade Fina dos utentes do CDSFX.....	62
Tabela 7: Avaliação inicial e final do Equilíbrio dos utentes do CDSFX.....	62
Tabela 8: Avaliação inicial e final da Vigília dos utentes do CDSFX durante o preenchimento do protocolo.....	63

Índice de Anexos

Anexo 1 – Planeamento anual das atividades desenvolvidas no estágio	
Anexo 2 – SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Pais	
Anexo 3 – SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Professores	
Anexo 4 – SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Crianças	
Anexo 5 – SDQ – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> – Folha de Cotação da Versão Pais e Professores	

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

- Anexo 6 – SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire* – Folha de Cotação da Versão Crianças
- Anexo 7 – Consentimento informado para a participação na atividade “Psicomotricidade na Escola”
- Anexo 8 – Panfleto informativo da atividade “Psicomotricidade na Escola”
- Anexo 9 – Protocolo de avaliação dos idosos
- Anexo 10 – Folha de cotação do Protocolo de avaliação dos idosos
- Anexo 11 – Fotografias dos contextos de intervenção
- Anexo 12 – Planeamento de uma sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte
- Anexo 13 – Relatório de uma sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte
- Anexo 14 – Ficha de Avaliação da Sessão na Casa da Fonte
- Anexo 15 – Exemplo de um TPC da Casa da Fonte
- Anexo 16 – Planeamento e relatório da atividade extra na Casa da Fonte
- Anexo 17 – Planeamento e relatório da atividade final na Casa da Fonte
- Anexo 18 – Planeamento de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 1
- Anexo 19 – Relatório de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 1
- Anexo 20 – Planeamento de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 4
- Anexo 21 – Relatório de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 4
- Anexo 22 – Calendarização das sessões do Grupo 5 da “Psicomotricidade na Escola”
- Anexo 23 – Planeamento de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 5
- Anexo 24 – Relatório de uma sessão da “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 5
- Anexo 25 – Apresentação dos Resultados da Intervenção do Grupo 5 da “Psicomotricidade na Escola”
- Anexo 26 – Discussão dos Resultados do Grupo 5 da “Psicomotricidade na Escola”
- Anexo 27 – Ficha de avaliação do comportamento na atividade “Psicomotricidade na Escola”
- Anexo 28 – Ficha de Avaliação do Impacto do Programa
- Anexo 29 – Relatórios da atividade “Afetos na Escola” – Turma 1ºC
- Anexo 30 – Relatórios da atividade “Afetos na Escola” – Turma 2ºC
- Anexo 31 – Planeamento de uma sessão de Psicomotricidade no CDSFX
- Anexo 32 – Relatório de uma sessão de Psicomotricidade no CDSFX
- Anexo 33 – Artigo sobre a Psicomotricidade publicado no Boletim da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

1. Introdução

O presente relatório surge como resultado da escolha do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) inserido no 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, pertencente à Universidade de Lisboa. O estágio realizado neste ramo tem como objetivos gerais: estimular o domínio do conhecimento aprofundado na área da Reabilitação Psicomotora nas suas vertentes científica e metodológica; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção, e desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O principal objetivo deste estágio consistiu na promoção de competências pessoais e sociais em crianças em contexto escolar e institucional e com idosos em contexto institucional.

Este estágio foi realizado em parceria com a estagiária Carlota Teves e decorreu na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, através da intervenção na Escola E.B 1 de Caselas e na E.B. 1 Os Moinhos do Restelo com o Projeto “Afetos na Escola”, que abrangeu duas turmas e com o Projeto “Psicomotricidade na Escola”, que contemplou 5 grupos de crianças das duas escolas, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, e no Centro de Dia de São Francisco Xavier – Cruz Vermelha Portuguesa, dando continuidade ao projeto “Psicomotricidade no Centro de Dia” implementado pelas estagiárias do ano letivo anterior. O estágio realizou-se ainda na Casa da Fonte, uma unidade de acolhimento de emergência de crianças e jovens em situação de risco, e no Centro Social Paroquial de Oeiras com idosos em contexto de centro de dia e lar. As atividades de estágio decorrem em conjunto em todos estes contextos, no entanto por limitações ao nível da estrutura e dimensão do relatório, foi necessário realizar uma divisão dos grupos que cada estagiária apresenta no seu relatório. Desta forma, no presente relatório serão contemplados os dados do grupo de crianças da Casa da Fonte, dos Grupos 1 e 4 do projeto “Psicomotricidade na Escola” e do grupo de idosos do Centro de Dia São Francisco Xavier. Será ainda abordada sucintamente a colaboração no Projeto “Afetos na Escola”. De forma a cumprir as regras estabelecidas para a realização do relatório, nomeadamente ao nível da limitação de páginas, os dados relativos ao grupo 5 da Psicomotricidade na Escola serão colocados em anexo (Anexo 12,15 e 16).

Este relatório encontra-se dividido em quatro partes, nomeadamente: enquadramento da prática profissional, realização da prática profissional, dificuldades e limitações, e conclusão. No enquadramento da prática profissional será realizada uma breve revisão da literatura, a caracterização das instituições onde decorreu o estágio, bem como o enquadramento legal das mesmas. Na realização da prática profissional será apresentada a caracterização da população apoiada, os instrumentos de avaliação utilizados, as condições de avaliação, os contextos, a calendarização, os objetivos e a estrutura da intervenção, os resultados da intervenção e por fim, a sua discussão. Na terceira parte, serão descritas as dificuldades e limitações sentidas durante a intervenção. Por último, na conclusão, será feita uma síntese geral sobre o trabalho desenvolvido, bem como uma reflexão crítica sobre o estágio com recomendações e perspetivas para o futuro. No fim do documento, constará a bibliografia utilizada na elaboração deste relatório.

Convém ainda referir, que neste relatório se encontram em anexo os instrumentos de avaliação, um exemplar dos planeamentos e dos relatórios de sessão de cada grupo, bem como todos os materiais considerados relevantes na compreensão deste trabalho. Todo o material elaborado ao longo do estágio encontra-se em anexo no cd.

2. Enquadramento da Prática Profissional

Para uma melhor compreensão do estágio realizado no âmbito da promoção das competências pessoais e sociais com crianças em contexto institucional e escolar e com idosos em contexto institucional será feita uma breve revisão da literatura. Assim considera-se pertinente abordar tópicos como o conceito de crianças em risco, fatores de risco, fatores de proteção, resiliência, institucionalização de crianças e por fim, intervenção psicomotora nas competências pessoais e sociais no contexto da intervenção com crianças. Relativamente à intervenção realizada com os idosos serão abordados os conceitos de envelhecimento, institucionalização de idosos, qualidade de vida e por último, intervenção psicomotora nas competências pessoais e sociais em idosos.

2.1. Revisão da Literatura

2.1.1. Crianças em Risco

Segundo Reis (2009) pode considerar-se criança em risco, aquela que, pelas suas características biológicas e/ou pelas características da sua família, está sujeita a elevadas probabilidades de vir a sofrer de omissões e privações, que comprometam a satisfação das suas necessidades básicas de natureza material ou afetiva.

Uma definição mais ampla de risco inclui não só os fatores, experiências e eventos que ameaçam, diretamente, o desenvolvimento como também a ausência de oportunidades consideradas normais ou expectáveis ao longo da trajetória desenvolvimental. As relações que, do ponto de vista material, emocional e social, constituem um estímulo adequado às necessidades e capacidades das crianças, influenciam positivamente o seu desenvolvimento (Garbarino & Gangel, 2000, *cit. in* Martins, 2004).

O conceito de risco constrói-se no cruzamento de diferentes dimensões normativas, entre as quais a vertente jurídica ganha especial relevo. Desta forma, a Lei de proteção de crianças e jovens em perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro) pretende salvaguardar os direitos das crianças cujos pais ou responsáveis se revelem capazes de comprometer a sua saúde, o seu desenvolvimento e educação, ou incompetentes para as proteger face a perigos colocados por terceiros ou pelas próprias crianças. Neste sentido, e de acordo com o nº2 do artigo 3º da Lei nº 147/99 de 1 de setembro, lei que tutela a proteção de crianças e jovens em perigo, considera-se que a criança ou o jovem se encontra em perigo quando está abandonada ou vive entregue a si própria, se sofre maus tratos, físicos e/ou psicológicos ou é vítima de abusos sexuais, se não recebe os cuidados ou a afeição adequados, se é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento, quando está sujeita, direta ou indiretamente, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou equilíbrio emocional e quando adota comportamentos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, se oponha de modo adequado a mudar a situação.

Os maus-tratos constituem, geralmente, uma experiência traumática na vida das crianças e com consequências nefastas a vários níveis (Uliando & Mellor, 2012), tal como é possível verificar através dos resultados de estudos longitudinais. Seguidamente serão apresentados alguns desses estudos que abordam o impacto dos maus-tratos no desenvolvimento dos indivíduos.

Thompson e Tabone (2010) realizaram um estudo longitudinal no qual avaliaram 242 crianças, com o intuito de verificar o impacto dos maus-tratos na ansiedade, depressão, agressividade e problemas de atenção, comparando um grupo de crianças maltratadas com um grupo de crianças que não foram vítimas de maus-tratos. Os autores apuraram que as crianças vítimas de maus-tratos apresentaram mais sintomas de depressão e ansiedade, bem como mais dificuldades de atenção ao longo do tempo, relativamente às crianças que não sofreram maus-tratos. No que se refere à agressividade, não se

verificou um aumento significativo deste problema de comportamento como consequência dos maus-tratos.

Mersky e Topitzes (2009) analisaram a associação entre maus-tratos na infância e um conjunto de ocorrências no início da idade adulta, utilizando dados de um estudo longitudinal realizado em Chicago. A amostra foi dividida em dois grupos, um deles era composto por crianças vítimas de maus-tratos e o outro por crianças que não sofreram maus-tratos. Os resultados apurados indicam que as crianças vítimas de maus-tratos apresentam um baixo desempenho escolar e um baixo nível socioeconómico. O estudo permitiu ainda verificar que os maus-tratos na infância aumentam o risco de delinquência juvenil e a prática de crimes na idade adulta. Além disso, os resultados indicam que os maus-tratos aumentam a probabilidade de abuso de substâncias; estão associados a um aumento dos sintomas depressivos na idade adulta e estão relacionados com um baixo nível de satisfação com a vida. Os resultados mostraram ainda que os indivíduos que sofreram maus-tratos na infância eram menos resilientes comparativamente aos que não foram vítimas de maus-tratos.

A nível emocional, podemos destacar a baixa autoestima, a falta de confiança, a depressão, o medo e desconfiança, a raiva, a vergonha, a culpa, a ansiedade social, fobias e pesadelos recorrentes como as principais consequências dos maus-tratos (Uliando & Mellor, 2012).

Todas as crianças poderão enfrentar, em algum momento das suas vidas, situações que comprometem o seu desenvolvimento, o que dificulta desde logo a definição do próprio conceito de risco (Tomás & Fonseca, 2004). Assim torna-se pertinente avaliar os fatores que contribuem para o desenvolvimento, sejam eles fatores de risco ou de proteção, bem como a capacidade da criança para lidar com os mesmos.

2.1.2. Fatores de risco

De acordo com Richman e Fraser (2001, *cit. in* Ribeiro & Sani, 2009) o risco define-se pela presença de um ou mais fatores ou influências que aumentam a probabilidade de um resultado negativo para uma criança ou jovem.

Segundo Sapienza e Pedromônico (2005), os fatores de risco constituem variáveis ambientais que aumentam a probabilidade de ocorrência de efeitos indesejáveis para o desenvolvimento.

O impacto e as consequências que os fatores de risco apresentam para o indivíduo, variam de acordo com as características dos próprios fatores de risco, com as características dos indivíduos expostos ao risco e com a interação entre os indivíduos e o risco (Simões, 2007). Os fatores de risco podem surgir em diversos contextos, nomeadamente no domínio pessoal, familiar e comunitário (Li, Godinet & Ansberger, 2011).

Os fatores de risco a nível pessoal ou biológico, incluem os problemas de comportamento da criança, a prematuridade, doenças neurológicas congénitas ou adquiridas e défices físicos ou psíquicos (Alberto, 2006; Calheiros, 2006; CNPCJR, 2011). A nível familiar destacam-se o desemprego de elementos da família, gravidez indesejada, as perturbações psicopatológicas parentais (depressão, perturbações de personalidade, entre outras), a violência doméstica, a desestruturação familiar, a ausência de comunicação pais-filhos, pais adolescentes, abuso de substâncias e expectativas irrealistas perante o comportamento e a capacidade dos filhos (Alarcão, 2006; Calheiros, 2006; CNPCJR, 2011). Por fim, a nível comunitário podemos referir como fatores de risco os contextos comunitários mais desfavorecidos, a aceitação da violência como forma de disputa interpessoal, a tolerância social da punição física como forma de educação, as dificuldades de acesso à saúde e educação e a falta de redes de apoio social (Calheiros, 2006; CNPCJR, 2011).

No sentido de ajudar os profissionais de saúde a identificar os fatores que colocam as famílias em situação de risco, de facilitar o encaminhamento e a disponibilização dos

serviços necessários e de ajudar a prevenir situações de maus-tratos e negligência foi realizado um estudo longitudinal no qual foram avaliadas 332 famílias (Dubowitz *et al.*, 2011). Os resultados indicaram que a baixa escolaridade materna, o uso de drogas por parte da mãe, a depressão materna, os problemas de desenvolvimento das crianças, bem como um maior número de filhos por família são fatores que contribuem para um ambiente com poucos recursos para as crianças, aumentando a probabilidade de ocorrência de maus-tratos.

Assim, é fundamental prever e identificar os fatores de risco, tendo em conta o impacto negativo dos mesmos ao nível do desenvolvimento, com o intuito de desenvolver programas de intervenção eficazes (Sapienza & Pedromônico, 2005).

2.1.3. Fatores de proteção

Os fatores de proteção, tal como os fatores de risco, podem surgir em qualquer altura ao longo da vida, em qualquer contexto, em qualquer domínio, na própria pessoa, na família, na escola, com os amigos ou até na comunidade, constituindo uma mais-valia face ao risco (Freitas, Simões & Martins, 2011). Enquanto os fatores de risco compreendem variáveis suscetíveis de promover resultados adversos, os fatores de proteção constituem recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco (Luthar & Cicchetti, *cit. in* Schultz, Tharp-Taylor, Haviland & Jaycox, 2009).

À semelhança do que acontece com os fatores de risco, os fatores de proteção podem ser individuais, familiares ou comunitários (Simões, Matos, Tomé & Ferreira, 2008). Os fatores individuais incluem a autoestima, o temperamento, o funcionamento intelectual, a forte vinculação com um dos progenitores, as competências cognitivas, a autonomia, a autoeficácia, as competências de resiliência, a relação afetiva com um adulto significativo, entre outros (Freitas *et al.*, 2011; CNPCJR, 2011). Os fatores individuais são de extrema importância não só porque atuam diretamente sobre o risco, mas também porque potenciam o aparecimento de fatores de proteção na família e na comunidade (Carvalho, 2012). Ao nível dos fatores familiares destacam-se o exercício efetivo das responsabilidades parentais, as interações positivas pais-filhos, a disponibilidade emocional, o afeto e a coesão familiar, a presença de suporte familiar e social e a estabilidade económica (Alarcão, 2006; Freitas *et al.*, 2011; CNPCJR, 2011). Por fim, como fatores de proteção comunitários temos a participação das crianças em atividades lúdicas, recreativas e pedagógicas, os recursos adequados na comunidade, o meio escolar como um meio integrador, o apoio dos professores, de assistentes sociais ou instituições sociais, os grupos formais e informais de pares e o acesso aos recursos de saúde e educação (Garmezy, 1993, *cit. in* Freitas *et al.*, 2011; CNPCJR, 2011).

Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy e Ramirez (1999) verificaram, através de um estudo, que os fatores de proteção estão relacionados com o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Estes dados tornam-se pertinentes, pois sabe-se que os indivíduos que possuem estas competências, quando confrontados com situações de risco, revelam-se resilientes, ao contrário daqueles que não as têm. Este aspeto é corroborado com os dados de um estudo realizado no sentido de relacionar os fatores de proteção com os efeitos dos maus-tratos revelou uma forte relação entre as competências sociais, as capacidades de comportamento adaptativo e as boas relações estabelecidas com os pares e resultados positivos ao nível do desenvolvimento. Estes dados sugerem que a intervenção no sentido de promover os fatores de proteção, poderia ter efeitos benéficos para as crianças em risco (Schultz *et al.*, 2009).

2.1.4. Resiliência

Todos nós enfrentamos no dia a dia, e ao longo da nossa vida, situações mais ou menos difíceis que ameaçam o nosso equilíbrio e que podem afetar o nosso bem-estar. A investigação tem demonstrado, que todos nós possuímos ou podemos desenvolver capacidades que nos permitem confrontar estas situações ou recrutar recursos para lidar

com as mesmas. Quando conseguimos dar uma resposta positiva aos problemas com que nos deparamos, ou seja, quando conseguimos lidar com sucesso com a adversidade, pode-se dizer que somos resilientes (Rutter, 2006).

De acordo com Windle (1999, *cit. in* Simões, Matos, Ferreira, Diniz & Equipa do Projeto Aventura Social, 2009) a resiliência consiste na adaptação com sucesso às tarefas da vida em condições de desvantagem social ou situações fortemente adversas. A resiliência possui um caráter dinâmico e inscreve-se num eixo que contempla a permanente interação entre as crianças/adolescentes e o meio no qual estão inseridas (Cordovil, Crujo, Vilariça & Caldeira da Silva, 2011).

Nas crianças e adolescentes, o atributo de resiliente compreende a capacidade de ultrapassar fatores de risco aos quais estão expostas e, conseqüentemente, o evitar de conseqüências negativas, como problemas de comportamento, problemas emocionais ou dificuldades a nível escolar (Masten, 2004).

No âmbito dos maus-tratos, Afifi e MacMillon (2011) definem resiliência como a demonstração de competência em vários domínios do funcionamento, incluindo o funcionamento social e emocional, apesar de uma história dos antecedentes de violência. Segundo Grünspun (2003, *cit. in* Sapienza & Pedromônico, 2005) a criança ou jovem resiliente possui algumas características específicas, assim é uma criança flexível, inteligente, sensível, criativa, independente, autónoma, tem uma boa capacidade de se relacionar com os outros, tem competência para resolver problemas, possui uma boa autoestima e autoeficácia.

Também Simões, Matos, Ferreira e Tomé (2010) num estudo realizado com adolescentes com necessidades educativas especiais, verificaram que a autoestima, a autoeficácia e a resolução de problemas constituem fatores de resiliência, dado que os adolescentes que apresentam níveis mais elevados destas competências apresentam conseqüentemente níveis mais elevados de bem-estar, face a acontecimentos negativos significativos, comparativamente com adolescentes que apresentam níveis mais baixos destas competências.

2.1.5. Institucionalização de Crianças

As instituições devem definir-se, precisamente, pela organização, estabilidade e segurança, no sentido de substituir as condições precárias dos contextos familiares dos adolescentes institucionalizados (Alberto, 2006). De acordo com Martins (2004), o acolhimento institucional pode ser entendido como uma medida de colocação em instituição com equipamentos e equipa técnica apropriados para responder às necessidades das crianças a que se destinam, promovendo o seu bem-estar, educação e desenvolvimento.

O Sistema Nacional de Acolhimento de crianças e jovens em situação de risco tem uma organização funcional em rede, estruturada em três níveis que englobam o acolhimento de emergência, o acolhimento temporário e o acolhimento prolongado. O acolhimento de emergência ocorre em unidades de emergência, destinadas ao acolhimento de caráter urgente e transitório, cuja duração não deverá exceder as 48 horas. O acolhimento temporário, por sua vez, é feito em centro de acolhimento temporário ou em acolhimento familiar e a sua duração não deverá exceder os 6 meses, embora este prazo possa ser alargado, caso se justifique. Por último, o acolhimento prolongado, é feito nos lares de infância e juventude, quando o acolhimento tenha uma duração superior a 6 meses (Instituto de Segurança Social, 2007).

As instituições têm um papel fundamental na forma como as crianças e jovens se desenvolvem, podendo assim influenciar a trajetória desenvolvimental de forma positiva ou negativa, uma vez que cada instituição tem as suas características e o seu modo particular de funcionamento (Duarte, 2012). Geralmente, a institucionalização é encarada como uma transição difícil, que nem sempre é aceite pelos jovens (Mota & Matos, 2008). No entanto, Santos e Bastos (2002, *cit. in* Poletto & Koller, 2008) assinalam que a

instituição, enquanto novo contexto de desenvolvimento, pode oferecer recursos aos adolescentes para a construção de respostas socialmente válidas para lidar com as adversidades.

2.1.6. Intervenção Psicomotora nas Competências Pessoais e Sociais em Crianças

As várias definições do conceito de competências sociais convergem no sentido de comportamento social adequado, tendo em conta a cultura, o contexto e o nível etário do indivíduo (Matos & Tomé, 2012). De facto, há um conjunto de capacidades que as pessoas adquirem ao longo da vida, que as ajudam a gerir a sua vida emocional, interpessoal, social, escolar e laboral e que as levam a uma perceção de bem-estar e felicidade pessoal, na relação consigo próprio e com os outros (Matos, 2005).

Na área das competências sociais, é possível encontrar um vasto leque de programas com evidência, pelo que seguidamente serão apresentados alguns desses programas.

O *Second Step Violence Prevention* é um programa universal dirigido a crianças dos 4 aos 14 anos que visa reduzir comportamentos impulsivos e agressivos, promovendo simultaneamente fatores de proteção e competências socioemocionais. Após a aplicação do programa verificaram-se resultados positivos em termos da empatia, resolução de problemas, avaliação de riscos e gestão de conflitos (Frey, Hirschstein & Guzzo, 2000).

Em 2004, Fox, Gottfredson, Kumpfer e Beatty desenvolveram um programa de intervenção a nível familiar no sentido de promover a resiliência e diminuir os fatores de risco associados ao desenvolvimento de problemas de comportamento, académicos, sociais e emocionais. O programa tinha como população-alvo crianças dos 3 aos 16 anos, bem como as suas famílias. As sessões de promoção de competências parentais visavam ajudar os pais a promover comportamentos desejados nas crianças, através do reforço de comportamentos positivos, comunicação clara, disciplina eficaz e definição de limites. Nas sessões com as crianças, eram desenvolvidas atividades no sentido de promover uma comunicação eficaz, melhorar as competências sociais e a resolução de problemas, facilitar a identificação e compreensão dos sentimentos, promover o cumprimento das regras dos pais e ainda de resistir às pressões dos pares. As crianças que usufruíram do programa apresentaram melhores resultados ao nível dos problemas de comportamento, das competências sociais, da resiliência, dos problemas de concentração, dos sintomas depressivos e do consumo de álcool e drogas. As famílias que participaram no programa reportaram ainda benefícios ao nível da organização, coesão e comunicação familiar.

Han, Catron, Weiss e Marciel (2005) desenvolveram um programa de intervenção, dirigido a professores, pais e crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, cujo principal objetivo era promover as competências sociais no sentido de reduzir os problemas de internalização (ansiedade e depressão) e de externalização (comportamento agressivo, desafiante e impulsivo). O programa englobava três componentes, nomeadamente, o treino de competências sociais (através de sessões individuais e em pequenos grupos), a formação de professores (ao nível de estratégias a implementar na sala de aula) e a formação parental (através de reuniões quinzenais). Após a aplicação do programa, verificou-se que as crianças apresentaram melhores resultados ao nível dos problemas de internalização segundo os pais, os professores e as próprias crianças. Relativamente aos problemas de externalização, os resultados indicam que houve melhorias após a intervenção, sobretudo na opinião das crianças, já que para os pais e professores estes progressos não foram evidentes.

Por fim, o *Triple P Positive Parenting Program* é um programa de intervenção familiar centrado na prevenção de distúrbios emocionais e comportamentais em crianças, promovendo relações positivas entre pais e filhos. A aplicação do programa veio confirmar a eficácia do mesmo na prevenção e redução do abuso e negligência de crianças, através dos progressos na sensação de competência dos pais no desempenho

das funções parentais, na comunicação familiar e na redução dos níveis de ansiedade dos pais (Sanders, 1999).

A psicomotricidade constitui a relação entre o pensamento e a ação, envolvendo a emoção. Assim, pode ser entendida como uma ciência da área da educação que procura educar o movimento, ao mesmo tempo em que envolve as funções cognitivas. Desta forma, é possível afirmar que o pensamento é construído com base no movimento, que tem uma importância fundamental no desenvolvimento não só do corpo, mas também da mente e da emoção (Santos, 2006, *cit. in* Costa, 2011).

Atualmente, a psicomotricidade é fundamental na promoção de um desenvolvimento adequado nas crianças, tanto em termos preventivos, destacando-se o ambiente escolar como meio frutífero em termos de construção saudável da estrutura de personalidade e consequentemente, de estruturas sociais mais justas e equilibradas, quanto em termos clínicos na busca do ajuste positivo dos distúrbios do desenvolvimento motor, psicossocial e cognitivo (Vieira, Batista & Lapierre, 2005).

O desenvolvimento de competências pessoais e sociais abrange todas as vertentes individuais, relacionais e emocionais do indivíduo. Na primeira, através do desenvolvimento da autoestima e do autoconceito, na segunda, através da promoção de comportamentos assertivos e das relações interpessoais e na terceira, através da gestão emocional (Freitas *et al.*, 2011).

Uma estrutura familiar instável ou inexistente, pobreza, exclusão social, experiências de abuso ou de privação associadas a uma estrutura genética frágil, constituem fatores de risco na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, tornando os indivíduos mais vulneráveis. Este risco de desajustamento pode ser atenuado promovendo nestes indivíduos, o mais precocemente possível, competências que lhes permitam alargar o seu repertório de competências pessoais e sociais e que ajudem a sua comunicação e relacionamento com os outros; a expressão de ideias e a defesa de pontos de vista; a identificação e gestão das emoções; a defesa de direitos próprios sem recurso à agressividade; a negociação tem em conta o ponto de vista do próprio e do interlocutor; a gestão de conflitos; a identificação e resolução de problemas e conflitos interpessoais; a gestão de alternativas e por fim, a tomada e manutenção de decisões (Matos, 2005).

A promoção de competências pessoais e sociais como estratégia preventiva do desajustamento pessoal e social e como estratégia promotora de saúde e bem-estar, foca a sua intervenção na promoção de competências pessoais e sociais, na autonomia, na resiliência, no otimismo, na participação social e na responsabilização pessoal. As atividades desenvolvidas neste âmbito constituem apenas um veículo para análise, aprendizagem ou treino de determinada aptidão, e para que cada um possa partilhar as suas ideias com os outros. O resultado mais importante da promoção de competências pessoais e sociais será as crianças e jovens aprenderem e interiorizarem formas apropriadas e gratificantes de se relacionarem com eles próprios e com os outros (Canha & Neves, 2008).

Nas sessões de psicomotricidade, nomeadamente quando a população-alvo é constituída por crianças, o psicomotricista deve apresentar uma atitude de acolhimento e respeito, num ambiente de liberdade e segurança, isto é, com limites claros e seguros. Estas sessões são vistas pela criança como um lugar de trabalho em grupo, no qual ela experimentará o prazer através do movimento; lugar da expressividade motora, no qual ela será ouvida e reconhecida pela sua maneira de ser única e original no mundo; lugar de comunicação verbal e não verbal; lugar de construções simbólicas, essenciais no processo de aprendizagem; lugar de promoção do bem-estar, no qual a criança participa com alegria; em síntese, um lugar no qual ela se poderá projetar num espaço acolhedor e seguro (Ferreira, 2000).

A intervenção psicomotora no âmbito das crianças em risco deve ser uma intervenção multidisciplinar, considerando os diversos contextos de ação da criança, tais como a escola, a comunidade e a família/instituição de acolhimento e se possível deve interagir

com o contexto familiar, na (re)definição de formatos de interação, comunicação e gestão de problemas e conflitos (Carneiro, 2003; Nuñez, 2003).

Alguns estudos têm indicado que quando as crianças apresentam um repertório mais desenvolvido em termos de competências sociais a incidência de problemas de comportamento é significativamente menor (Keane & Calkins, 2004, *cit. in* Bolsoni-Silva, Marturano & Freiria, 2010), além disso o treino de competências sociais reduz a agressão e os problemas de comportamento em crianças (Sukhodolsky, Golub, Stone, & Orban, 2005, *cit. in* Bolsoni-Silva *et al.*, 2010), por fim as crianças socialmente competentes estão mais protegidas de abusos físicos na infância (Garner & Lemerise, 2007, *cit. in* Bolsoni-Silva *et al.*, 2010). Desta forma, é possível demonstrar a importância do desenvolvimento de programas que visam promover as competências pessoais e sociais associados à dinâmica da psicomotricidade.

2.1.7. Envelhecimento

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, do qual Portugal não é exceção. Atualmente, verifica-se um decréscimo da base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, ao mesmo tempo que o topo se alarga, com o crescimento da população mais idosa. Os resultados dos últimos Censos mostram esta tendência, ao indicarem que em 2011 o número de pessoas com 65 ou mais anos era 2 010 064, o que corresponde a 19% da população total, enquanto que a percentagem de jovens (pessoas até 14 anos) corresponde a 14,9% (INE, 2012).

O envelhecimento é um processo muito complexo, caracterizado pela perda funcional progressiva que ocorre de forma gradual, universal e irreversível com o avançar da idade (Azeredo, 2011a). As pessoas envelhecem de forma diferenciada, de acordo com a forma como organizam a sua vida, as circunstâncias históricas, culturais, económicas, sociais em que vivem e viveram, da ocorrência de problemas de saúde durante o processo do envelhecimento e da interação entre fatores genéticos e ambientais, de forma a facilitar a sua adaptação às mudanças ocorridas em si e no mundo que os rodeia (Costa, 2011).

O processo de envelhecimento está indubitavelmente associado a perdas, não só a nível biológico, com a diminuição da acuidade auditiva, visual, as alterações sensoriais, o declínio das funções cognitivas e as alterações do sistema músculo-esquelético, mas também a nível social, com a desvalorização social, as perdas e separações afetivas e a solidão (Ferreira, 2009).

As alterações cognitivas podem incluir perdas da memória episódica (a capacidade de reevocar acontecimentos específicos relativos ao tempo e espaço), prejuízo das funções atencionais e da memória semântica (Rodrigues & Nascimento, 2011).

A nível psicomotor as principais alterações verificadas durante o envelhecimento consistem numa desorganização do esquema corporal, em dificuldades em reconhecer o próprio corpo, bem como em alterações do equilíbrio estático e dinâmico (Arroyo, 1995, *cit. in* Aragón, 2007). Também a orientação temporal é afetada no decorrer do envelhecimento, uma vez que uma correta orientação temporal implica ativar tanto a informação semântica (conceitos como a data do calendário) assim como a episódica (recordar-se da data atual), capacidades estas que se vão degradando com o tempo (Fernández-Turrado, *et al.*, 2011, *cit. in* Rodrigues & Nascimento, 2011). Por fim, nos idosos verifica-se uma execução mais lenta nas tarefas que implicam planear, executar e avaliar sequências motoras complexas (Ferreira, 2000).

O processo de envelhecimento apesar de ser inevitável, não é linear e por isso, ocorre de forma diferenciada em cada indivíduo, podendo as perdas ser mais ou menos acentuadas e ter um maior ou menor impacto na vida de cada idoso, no entanto estas perdas vão afetar o bem-estar de cada idoso, afetando consequentemente a sua qualidade de vida (Ferreira, 2009).

2.1.8. Institucionalização de Idosos

Considera-se institucionalização do idoso quando este está todo o dia ou parte dele, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família (Jacob, 2012).

De acordo com a Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança (2006), as respostas sociais reconhecidas pela Segurança Social, para os idosos em Portugal são o Centro de Convívio, o Centro de Dia, os Lares para idosos, as Residências, o Serviço de Apoio Domiciliário, o Acolhimento familiar de idosos, o Centro de Acolhimento Temporário de emergência para idosos e o Centro de Noite. Tendo em conta o âmbito do estágio realizado, das respostas sociais enumeradas, serão apenas aprofundados os Centros de Dia e os Lares para idosos.

O Centro de Dia constitui uma resposta social, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. Os Centros de Dia visam a prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas, a prestação de apoio psicossocial, a promoção das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento (Jacob, 2012).

Geralmente os lares de idosos surgem como alternativa aos idosos em situação de maior risco de perda de autonomia ou que já não a possuam. Os lares de idosos são estabelecimentos em que são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, estimulando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes. Os seus objetivos são garantir uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado aos idosos, proporcionar serviços permanentes e adequados às necessidades desta população, assegurar as suas necessidades básicas, contribuir para a manutenção ou retardamento do processo de envelhecimento e criar condições que permitam preservar e incentivar as relações familiares, promovendo desta forma a qualidade de vida desta população (Jacob, 2012).

Um estudo realizado por Santos, Sobral, Costa e Ribeiro (2003), cujos objetivos principais foram a aplicação de um instrumento construído especificamente para o diagnóstico da depressão na população portuguesa (Entrevista Clínica e Diagnóstico da Depressão no Idoso) no sentido de fazer um diagnóstico preciso e fiável da depressão geriátrica, nomeadamente em contexto institucional e comunitário, verificou numa amostra constituída por 211 indivíduos, que a prevalência de depressão para a amostra institucionalizada era de 54,6%, enquanto que para a amostra a residir em comunidade era de 67,9%. Pereira (2012) corrobora estes dados ao referir que as instituições estão dotadas de meios técnicos e humanos (equipas interdisciplinares) que garantem o acesso dos idosos a serviços de qualidade.

2.1.9. Qualidade de Vida

A qualidade de vida tem emergido como um conceito organizador para determinar o impacto, a adequabilidade e a necessidade de serviços de saúde e estratégias sociais na vida dos idosos, pretendendo-se para esta faixa da população a implementação de um conjunto de medidas que permitam compensar de modo positivo as dificuldades que surgem nesta fase, para melhorar a qualidade de vida dos idosos (Pereira, Roncom & Carvalho, 2011).

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, considerando o contexto cultural e valores, ao nível dos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Pereira *et al.*, 2011).

Segundo Castellón (2003, *cit. in* Pereira *et al.*, 2011) existem várias formas de concetualizar a qualidade de vida nos idosos, podendo esta ser entendida como qualidade em termos das condições de vida (componente objetiva), como satisfação pessoal com as condições de vida (componente subjetiva), combinando as condições de vida e a satisfação, combinando as condições de vida e a satisfação pessoal segundo critérios do próprio sujeito, em função da sua escala de valores e aspirações pessoais.

Assim, avaliar a qualidade de vida de um indivíduo constitui uma tarefa complexa, tendo em conta que este é um construto multidimensional e compreende componentes objetivas e subjetivas (Virtuoso, 2005).

Fernandes (1996, cit. in Ferreira, 2009) realizou um estudo a fim de averiguar quais os fatores que dificultam e quais os que promovem a qualidade de vida dos idosos. Os indivíduos inquiridos salientaram aspetos como o risco de dependência por perda de autonomia, o internamento em lares, a incapacidade dos serviços de saúde em dar resposta às suas necessidades, sentimentos de perda (e.g. viuvez, morte de familiares e amigos ou afastamento de entes queridos) e a solidão, considerando que estes podem afetar a sua qualidade de vida. Em relação aos fatores suscetíveis de promover a sua qualidade de vida, os idosos referiram o apoio familiar, o apoio comunitário e social, o acesso aos serviços de saúde, a autonomia, os recursos económicos, o facto de permanecerem no seu lar, o bem-estar psicossocial, entre outros.

Sousa, Galante e Figueiredo (2003) realizaram um estudo com o intuito de caracterizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios. A amostra foi constituída por 1665 sujeitos, com 75 ou mais anos e o instrumento utilizado na recolha dos dados foi a versão portuguesa do EASYcare (Sistema de Avaliação de Idosos). A principal conclusão a que as autoras chegaram foi que a qualidade de vida, para a maioria dos idosos, é considerada bastante positiva, e só uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou algum grau de dependência. Desta forma, o estudo revelou que muitos idosos alcançam um envelhecimento bem sucedido.

2.1.10. Intervenção Psicomotora nas Competências Pessoais e Sociais em Idosos

A Psicomotricidade para idosos, como parte de atendimento, interdisciplinar à velhice, tem como objetivo maior a manutenção das suas capacidades funcionais, mas pretende também valorizar as capacidades do indivíduo, realçando as suas forças de forma a que possa enfrentar da melhor forma as limitações físicas e as perdas com que se vai deparando ao longo do envelhecimento (Ferreira, 2000). O conceito de qualidade de vida constitui um dos principais indicadores na avaliação da condição de vida dos idosos, bem como na intervenção desenvolvida nesta população (Pereira *et al.*, 2011).

A manutenção das capacidades funcionais está intimamente ligada à manutenção da independência e autonomia que interferem diretamente na qualidade de vida dos idosos (Ferreira, 2000). Num estudo realizado sobre a satisfação e qualidade de vida dos idosos portugueses, Paúl e colaboradores (2005) referem que na população idosa podemos encontrar indivíduos bem sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, cuja capacidade funcional está diminuída pela doença e pelo contexto onde vivem. Nesse sentido, Cabete (2005, cit. in Pereira *et al.*, 2011) enfatiza que a avaliação funcional do idoso deve compreender sempre uma interação entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais, ou seja, deve ser sempre avaliada a pessoa no contexto e não de forma isolada.

Com o avançar da idade ocorre uma diminuição da capacidade de adaptação do sistema nervoso, no entanto as atividades de foro cognitivo e motor, desenvolvidas no âmbito da intervenção psicomotora, são essenciais para que se possa evitar a mortalidade neuronal (Fontaine, 2000, cit. in Rodrigues & Nascimento, 2011).

A psicomotricidade não deve ser entendida como uma solução para o envelhecimento, mas sim como um processo preventivo e atenuante das alterações a nível somático, psíquico e psicomotor, nomeadamente do equilíbrio, do processamento de informação, da organização praxica, da estruturação espaciotemporal e do processo relacional (Pereira, 2004).

A perspetiva de uma abordagem psicomotora, através da gerontopsicomotricidade, baseia a sua intervenção na manutenção de uma estrutura funcional adequada às necessidades específicas do idoso; da conservação de uma tonicidade funcional; de um

controlo postural flexível; de uma boa imagem corporal; de uma organização espacial e temporal, relacionando a criatividade, a emoção, a espontaneidade e a vitalidade na terceira idade (Vasconcelos, 2003).

O psicomotricista representa o aspeto relacional, proporcionando segurança aos indivíduos através de uma ação progressivamente vinculativa, conduzindo a uma maior vivência das experiências propostas nas sessões de psicomotricidade, bem como a um aumento da motivação, de forma a que o idoso possa investir no seu mundo interior e exterior (Pereira, 2004). A intervenção pode ser feita individualmente ou em grupo, sendo que o trabalho em grupo cria um ambiente favorável, no qual as pessoas não só se identificam entre si, como também passam a sentir-se como parte de um todo, no qual são aceites e estabelecem relações interpessoais a partir dessa convivência (Ferreira, 2000). As atividades realizadas no âmbito da psicomotricidade promovem a socialização, permitindo recuperar sensações e emoções através da comunicação com os outros (Madera, 2005).

A promoção de competências pessoais e sociais consiste em ensinar a observar, ensinar componentes críticas (compreender as situações, prever o que se tem de fazer e como fazer), trabalhar comportamentos assertivos, com um mínimo de erro e esforço, identificando e gerindo cognições, emoções e comportamentos envolvidos (Matos, 2005). Um envelhecimento com sucesso exige intervenções de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos, tendo conta que cada pessoa é única, com vivências e experiências próprias e por isso a intervenção deve ter em conta as características e necessidades de cada um (Azeredo, 2011b).

2.2. Enquadramento Institucional

2.2.1. Casa da Fonte

A Casa da Fonte é um estabelecimento integrado do Instituto de Segurança Social, sendo atualmente gerida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Decreto-Lei nº16/2011). Os estabelecimentos integrados são estabelecimentos de ação social que visam apoiar as populações, especificamente nas áreas da infância, juventude, reabilitação, idosos e família (Instituto de Segurança Social, 2009). É tutelada pelo Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Lisboa, funcionando 24 horas por dia em regime de internato.

A Casa da Fonte foi fundada em 2000 e inicialmente encontrava-se instalada em Camarate. Atualmente a Casa da Fonte encontra-se instalada em Oeiras sob a direção do Dr.º António Santinha e funciona como Centro de Acolhimento Temporário (Regulamento Interno Casa da Fonte, 2010).

Os Centros de Acolhimento Temporário constituem um equipamento social que tem por finalidade o acolhimento urgente e transitório de crianças em situação de risco, decorrente de abandono, maus tratos, negligência ou outros fatores, criando condições para a definição do projeto de vida de cada criança/jovem, com vista ao seu adequado encaminhamento (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, n.d.).

A Casa da Fonte destina-se a acolher crianças/jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 12 anos, de ambos os géneros, provenientes da sinalização efetuada pela equipa de acolhimento de Emergência do Instituto de Segurança Social. A Casa tem capacidade para 20 crianças, no entanto encontra-se frequentemente sobrelotada, o que provoca constrangimentos no funcionamento da mesma. No ano 2012 o número de crianças acolhidas, por mês, na Casa da Fonte variou entre uma e 11 crianças (dados cedidos pela Casa da Fonte, 2013).

Este estabelecimento possui autonomia funcional pretendendo acolher por pequenos períodos de tempo, crianças e jovens, garantindo e promovendo os direitos das mesmas (Regulamento Interno Casa da Fonte, 2010). Segundo o artigo 50.º da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, o tempo de permanência em casa de acolhimento temporário não deverá

exceder os seis meses. No ano 2012 o tempo médio de permanência na Casa da Fonte foi de 109 dias (dados cedidos pela Casa da Fonte, 2013).

A Casa da Fonte tem como objetivos gerais garantir os cuidados adequados às necessidades das crianças e proporcionar condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral nomeadamente os referidos na convenção dos direitos da criança, acionando para isso respostas educativas e de saúde, o acompanhamento do desenvolvimento das crianças ou jovens através de um projeto de trabalho individualizado e a definição do projeto de vida das crianças explorando todas as respostas de encaminhamento possíveis (Regulamento Interno Casa da Fonte, 2010).

Para que o serviço prestado pela Casa da Fonte seja o mais eficiente possível, esta conta com uma equipa constituída por um diretor, dois psicólogos, seis educadores, quatro auxiliares de ação sócio educativa, um administrativo especialista, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar de ação direta e um motorista (Regulamento Interno Casa da Fonte, 2010). As sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte, resultam da parceria desta com a Faculdade de Motricidade Humana, tendo como objetivo a promoção de competências pessoais e sociais nas crianças acolhidas. Estas sessões são asseguradas pelas estagiárias de 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora, contando ainda com a participação das estagiárias de 3º ano do 1º ciclo em Reabilitação Psicomotora.

2.2.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

A Junta de Freguesia de São Francisco Xavier situa-se entre o rio Tejo e a encosta da Mata de Monsanto integrando uma área de 2,10 Km² (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.). De acordo com os Censos de 2011 a Freguesia tem uma população de 8.020 residentes (INE, 2011). A Freguesia de São Francisco Xavier é uma das 53 Freguesias da Câmara Municipal de Lisboa, que tem sob tutela zonas como o Restelo e Caselas. É nestas localidades que decorre o estágio, mais concretamente nas escolas E.B.1 Os Moinhos do Restelo e E.B.1 de Caselas, e no Centro de Dia de São Francisco Xavier. Esta Junta disponibiliza ainda vários serviços e recursos, designadamente ao nível da Educação, Saúde, Social, Religioso, Militar, Cultural e Desportivo (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.).

Durante o estágio, o trabalho realizado na Junta envolveu dois projetos, os “Afetos na Escola”, atividade coordenada pelas psicólogas da Junta, e a “Psicomotricidade na Escola”, promovida pelas estagiárias. As atividades “Afetos na Escola” e “Psicomotricidade na Escola” estão inseridas no Projeto “Juntos a Crescer” do Programa *Intervir*. Convém ainda referir que a atividade “Psicomotricidade na Escola” resulta de uma parceria entre o Gabinete de Aconselhamento da Junta de São Francisco Xavier e o Núcleo de Estágio da Faculdade de Motricidade Humana.

A atividade “Afetos na Escola”, surgiu no ano letivo 2000/2001 e insere-se no Programa *Intervir* da Câmara Municipal de Lisboa, que tem como objetivo a promoção, através de diferentes meios, de projetos de prevenção de comportamentos de risco. Esta atividade decorre em escolas do 1º ciclo da Freguesia de São Francisco Xavier, com o objetivo de promover e fortalecer as capacidades de relacionamento e comunicação desta faixa etária. Pretende também promover a preparação dos alunos que transitam do 4º ano para o 5º ano (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.). Esta atividade realizou-se semanalmente em contexto de sala de aula, contando com o apoio do professor da turma, através de jogos e outras atividades que promovem competências como a atenção, a comunicação verbal e não verbal e as capacidades de relacionamento, tendo a duração média de uma hora.

A atividade Psicomotricidade na Escola foi iniciada pelas estagiárias da licenciatura em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, no ano letivo 2007/2008, e apenas esteve interrompida no ano letivo de 2009/2010. Esta encontra-se inserida no núcleo de Apoio de Psicologia da Junta de Freguesia de São Francisco

Xavier e é atualmente assegurada pelas estagiárias de 2º ciclo em Reabilitação Psicomotora. A Psicomotricidade na Escola realiza-se nas escolas E.B.1 Os Moinhos do Restelo e E.B.1 de Caselas, através de sessões semanais com a duração de 45 minutos.

2.2.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

O Centro de Dia São Francisco Xavier (CDSFX), constitui um projeto conjunto da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier e da Cruz Vermelha Portuguesa, Delegação de Lisboa, estando sediado na Rua dos Margiochis em Caselas, em instalações da Junta de Freguesia. Esta instituição contempla duas valências, a de Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário. É dirigido pela Dr.^a Paula Abreu e dispõe de uma equipa de técnicos, auxiliares e voluntários, que são fundamentais para a qualidade dos serviços prestados aos idosos.

Relativamente às sinalizações dos utentes, para o Centro de Dia, estas são realizadas pelos familiares ou por entidades responsáveis, como a Polícia e os Hospitais, sempre que se verifique algum desequilíbrio a nível psicológico e/ou físico no idoso. Após esta fase, dá-se então início a avaliação das condições de vida dos idosos, que contempla vários aspetos, tais como o grau de dependência, o risco de isolamento social, os rendimentos, entre outros (Regulamento Interno CDSFX, 2011). Posteriormente e em caso de admissão do utente, a instituição organiza um processo individual para cada cliente, bem como um Plano de Desenvolvimento Individual, caso se verifique a necessidade de intervenção, que visa a promoção da autonomia e qualidade de vida do utente.

Nesta instituição os clientes têm idades compreendidas entre os 61 e os 94 anos de idade, sendo que a maioria são mulheres. O CDSFX, funciona todos os dias úteis das 9h30 às 17h00, e tem capacidade para receber 30 utentes. A lotação do Centro esteve sempre perto do limite, ou mesmo preenchida, no período durante o qual se desenvolveu o estágio, tal como mostra o gráfico 1.

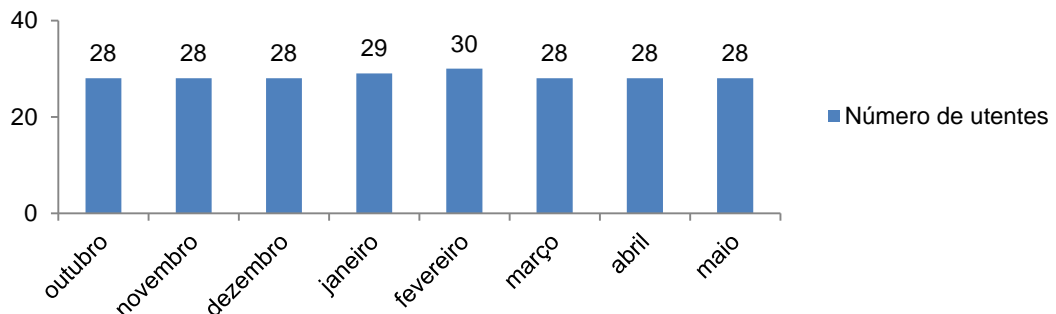


Gráfico 1: Lotação do Centro de Dia entre outubro de 2012 e maio de 2013

No CDSFX são desenvolvidas atividades lúdicas e de âmbito sociocultural, como passeios e visitas culturais, festas e outros eventos de animação, ginástica, sessões de informação e sensibilização e ateliês variados (leitura, escrita, artesanato, reciclagem, informática, jardinagem, música e dança). A maior parte destas atividades decorrem numa das salas disponibilizadas pelo Centro, como a sala de convívio que conta com alguns materiais como revistas e jogos, e a sala de refeições, onde decorreram as sessões de Psicomotricidade (Regulamento Interno CDSFX, 2011).

A Psicomotricidade no CDSFX, surgiu no ano letivo 2011/2012, através de uma parceria entre a Junta de Freguesia de São Francisco Xavier e a Faculdade de Motricidade Humana. O projeto “Psicomotricidade no Centro de Dia”, elaborado e implementado pelas estagiárias do ano letivo 2011/2012, tinha como objetivo promover as competências pessoais e sociais dos idosos, mantendo-se no ano letivo seguinte.

2.3. Enquadramento Legal

2.3.1. Casa da Fonte

No âmbito do estágio, mais precisamente focando a intervenção a nível institucional, torna-se pertinente apresentar alguns dos artigos do Decreto-Lei nº16/2011 de 25 de janeiro, que define o regime legal da cedência dos estabelecimentos integrados do Instituto da Segurança Social à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, e ainda da Lei nº147/99 de 1 de setembro, que tutela a proteção de crianças e jovens em perigo.

Desta forma, o Decreto-Lei nº16/2011 define o regime legal da cedência de estabelecimentos integrados do Instituto da Segurança Social à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (artigo 1.º). Esta cedência é de caráter provisório, por um prazo de três anos, no entanto poderá ser sucessivamente renovada por iguais períodos (nº1 e nº2 do artigo 3.º). Relativamente ao sistema de acolhimento de emergência (nº1 e nº2 do artigo 3.º), os estabelecimentos abrangidos por este regime, mantém a competência para a gestão global e integrada das vagas existente, seguindo a política nacional de enquadramento e desenvolvimento definido para o sistema geral de proteção de crianças e jovens.

Sendo a Casa da Fonte um centro de acolhimento temporário, convém salientar alguns artigos presentes na Lei nº 147/99 de 1 de setembro, que tem como objetivo a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral. Desta forma, considera-se criança ou jovem, qualquer pessoa com menos de 18 anos ou pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos (artigo 5.ºa); e considera-se situação de urgência aquela que represente perigo atual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem (artigo 5.ºc).

A intervenção deve ocorrer quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, coloquem em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou se esse perigo resultar da ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo (nº1 do artigo 3.º). Considera-se que a criança ou jovem está em perigo quando: está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus tratos, quer físicos quer psicológicos ou quando existem abusos sexuais; não recebe os cuidados ou afeição adequados; é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos e inadequados ou que prejudiquem a sua formação ou desenvolvimento; está sujeita a comportamentos que afetem a sua segurança ou equilíbrio emocional; adota comportamentos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, se oponha de modo adequado a eliminar a situação (nº 2 do artigo 3.º).

A promoção dos direitos e a proteção da criança ou do jovem, quando exposto às situações referidas anteriormente, é da responsabilidade das entidades com competência em matéria de infância e juventude, das comissões de proteção de crianças e jovens e dos tribunais (artigo 6.º).

As medidas de promoção dos direitos e de proteção visam afastar o perigo a que as crianças ou jovens estão expostas, proporcionando condições que permitam promover e proteger a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral, assegurando assim a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso (artigo 34.º). Essas medidas podem ser concretizadas de várias formas, sendo pertinente destacar a medida que consiste no acolhimento em instituição (artigo 35.º). Esta medida compreende a colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (artigo 49.º).

O acolhimento pode ter uma duração variável, no entanto se for ultrapassado o prazo de seis meses de acolhimento temporário, sem que existam razões que o justifiquem, as crianças ou jovens são encaminhados para lares de infância e juventude (artigo 50.º).

As instituições de acolhimento funcionam em regime aberto, sendo organizadas de modo a favorecer uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade. O regime aberto implica a livre entrada e saída da criança ou do jovem, de acordo com as normas gerais de funcionamento, desde que estejam salvaguardadas as suas necessidades educativas e a proteção dos seus direitos e interesses. As crianças podem ainda receber as visitas dos pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, desde que sejam cumpridas as regras de funcionamento da instituição (artigo 53.º)

Ocasionalmente acontece que os detentores do poder paternal, ou quem tem a guarda de facto se opõem à retirada da criança ou jovem que está em perigo atual ou iminente, o que conduz à tomada de medidas adequadas, por parte das comissões de proteção, a fim de promover a proteção imediata da criança ou do jovem, solicitando para este efeito a intervenção dos tribunais ou das entidades policiais (nº1 do artigo 91.º).

2.3.2. Junta de São Francisco Xavier

O Programa Intervir, que engloba as atividades “Afetos na Escola” e “Psicomotricidade na Escola”, é promovido pela Câmara Municipal de Lisboa/ Direção Municipal de Habitação e Desenvolvimento Social/ Departamento de Desenvolvimento Social, e segue as normas regulamentares que definem os princípios, regras e procedimentos a adotar (artigo 1º).

Este programa tem como objetivo geral impulsionar projetos de promoção de competências pessoais e sociais, com especial enfoque em temáticas como o *bullying*, a delinquência juvenil, os comportamentos de risco na saúde sexual e reprodutiva, a obesidade, o consumo de substâncias psicoativas, a violência no namoro e as ruturas familiares (artigo 2º).

Podem candidatar-se ao Programa Intervir as Juntas de Freguesia do Município de Lisboa que apresentem projetos de prevenção de comportamentos de risco e de promoção de estilos de vida saudáveis (artigo 3º).

O programa tem como grupo-alvo crianças e jovens dos 3 aos 18 anos, bem como os pais/encarregados de educação, os professores e pessoal não docente, os profissionais de saúde e os técnicos que trabalham na área da intervenção social (artigo 4º), adotando diferentes ações de acordo com o grupo-alvo a que se destinam as atividades do Programa Intervir (nº2 do artigo 6º).

É da responsabilidade das Juntas de Freguesia selecionadas a decisão sobre a localização e as atividades a realizar, assim como a contratação do Coordenador e da restante equipa técnica (artigo 11º), que irá acompanhar o desenvolvimento do Programa Intervir e responsabilizar-se pela concretização do mesmo (nº2 do artigo 12º).

2.3.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

O Centro de Dia São Francisco Xavier, enquanto projeto conjunto da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier e da Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Lisboa, tem como base legal o Decreto-Lei nº281/2007, que aprova o regime jurídico da Cruz Vermelha Portuguesa e os respetivos estatutos (artigo 1.º), bem como um regulamento interno.

O regulamento interno refere que o Centro de Dia assegura a prestação de serviços de apoio à população idosa, prioritariamente da freguesia de São Francisco Xavier e em condições de dependência relativa e que não sofram de doença infecciosa ou doença mental grave que coloque em risco a integridade física dos demais clientes e o bom funcionamento do Centro de Dia (Regulamento Interno CDSFX, 2011).

Para além das atividades de caráter lúdico e sociocultural já referidas anteriormente, o Centro de Dia assegura também a prestação de serviços como as refeições, os cuidados de higiene pessoal e conforto, o tratamento de roupas, a assistência medicamentosa, o apoio psicossocial, o acompanhamento nas deslocações pontuais ao exterior e o transporte dos utentes (Regulamento Interno CDSFX, 2011)

Este Centro tem como princípios fundamentais a humanidade, a imparcialidade, a neutralidade, a independência, o voluntariado, a unidade e a universalidade (artigo 4º).

3. Realização da Prática Profissional

Para garantir a confidencialidade dos dados, o nome das crianças e dos idosos serão codificados através de siglas (e.g. Ca., Ha., Ro.).

3.1. Caraterização da população

3.1.1. Casa da Fonte

A Casa da Fonte é um Centro de Acolhimento de Emergência, pelo que se verifica uma frequente entrada e saída de crianças na Casa. Deste modo, foi possível verificar durante a intervenção variações na constituição do grupo.

O grupo inicial foi constituído pela equipa técnica da Casa da Fonte, tendo em conta pré-requisitos, tais como a idade das crianças, que deveria estar compreendida entre os cinco e os 13 anos; e a dimensão do grupo, que não deveria ultrapassar os dez elementos. A dimensão do grupo sofreu pequenas oscilações ao longo da intervenção, como podemos verificar no gráfico 2, onde o mínimo de crianças presentes nas sessões foi de quatro (sessões 15 e 16) e o máximo foi de sete (1ª sessão). A média de crianças presentes por sessão foi de 5.

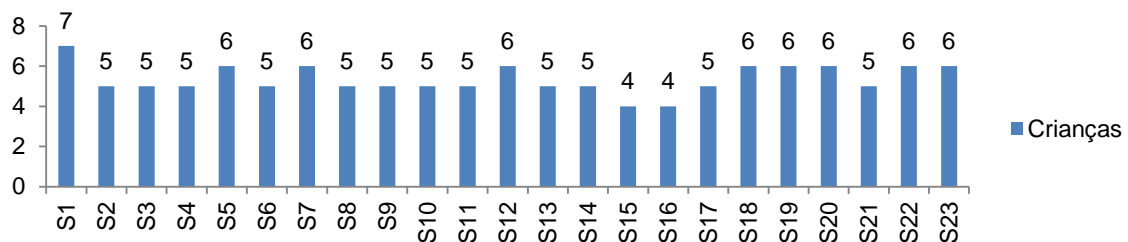


Gráfico 2: Número de crianças presentes em cada sessão – Casa da Fonte

Durante o período de intervenção, contámos com a presença de 18 crianças, dez do género feminino e oito do género masculino. Destas 18 crianças, apenas uma esteve presente nas 23 sessões realizadas, como é possível verificar através da análise do gráfico 3.

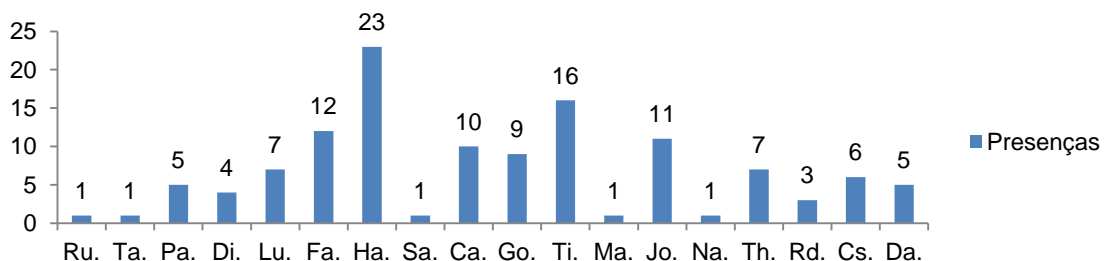


Gráfico 3: Número de sessões em que cada criança esteve presente – Casa da Fonte

3.1.2. Psicomotricidade na Escola

Na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier foram constituídos 5 grupos para o Projeto Psicomotricidade na Escola (integrado no Programa Intervir), sendo que dois eram da escola E.B. 1 de Caselas e três eram da escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo. De forma a selecionar as crianças que iriam participar nas sessões de Psicomotricidade, foi pedido aos professores que preenchessem o *Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ* (Goodmann, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2000) relativamente às crianças, no máximo de cinco alunos por turma, devido ao limite de crianças por grupo, que apresentassem três das seguintes características: dificuldades de atenção e/ou concentração; impulsividade; agressividade; dificuldades de aceitação e cumprimento das regras; dificuldades de relacionamento com os pares e dificuldades de aceitação da figura de autoridade.

Através deste questionário foram referenciadas 48 crianças, sendo 13 da escola E.B. 1 de Caselas e 35 da escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo. Devido ao elevado número de crianças referenciadas na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo foi necessária a criação de uma linha de corte, ou seja, apenas seriam selecionadas crianças que apresentassem uma Pontuação Total de Dificuldades igual ou superior a 12 pontos, isto é, seriam selecionadas as que apresentassem valores de nível limítrofe ou anormal. Desta forma, o número de crianças na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo foi reduzido para 32, sendo que dessas, apenas 28 foram autorizadas pelos encarregados de educação a participar nas sessões de Psicomotricidade; enquanto que o número de crianças da escola E.B. 1 de Caselas se manteve.

Na escola E.B. 1 de Caselas, como foram referenciadas apenas 13 crianças, não foi feita uma seleção das mesmas, sendo estas divididas em dois grupos, tendo em conta fatores como a idade, a escolaridade, a disponibilidade horária apresentada pelos professores e a dimensão do grupo. O grupo 1 foi formado por quatro crianças de 2º ano (uma rapariga e três rapazes) e três de 3º ano (três rapazes), com idade mínima de sete anos e máxima de nove anos; o grupo 2 foi formado por uma criança de 2º ano (um rapaz), quatro de 3º ano (quatro rapazes) e uma criança de 4º ano (um rapaz), com idade mínima de oito anos e máxima de dez anos.

Na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo, as 28 crianças autorizadas foram divididas em três grupos, tendo mais uma vez em conta a idade, a escolaridade, a disponibilidade horária apresentada pelos professores e a dimensão do grupo. O grupo 3 foi constituído por oito crianças de 1º ano (três raparigas e cinco rapazes), com idade mínima de seis anos e máxima de sete anos; o grupo 4 foi constituído por cinco crianças de 2º ano (quatro raparigas e um rapaz) e duas crianças de 3º ano (dois rapazes), com idade mínima de sete anos e máxima de nove anos; o grupo 5 foi constituído por uma criança de 3º ano (um rapaz) e 12 crianças de 4º ano (duas raparigas e dez rapazes), com idade mínima de nove anos e máxima de dez anos.

A média de idades das crianças de cada grupo é apresentada no gráfico 4.

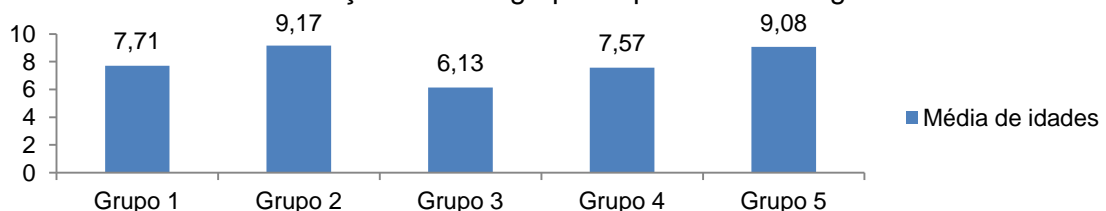


Gráfico 4: Média de idades inicial dos grupos da Psicomotricidade na Escola

Como se pode verificar através da análise do gráfico 4, o grupo que apresenta uma maior média de idades é o grupo 2, constituído por uma criança do 2º ano, quatro crianças do 3º ano e uma criança do 4º ano da escola E.B.1 de Caselas. Por sua vez, o grupo com

menor média de idades é o grupo 3, pois inclui unicamente crianças de 1º ano da escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo.

3.1.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

O grupo alvo de intervenção no CDSFX foi desde o início um grupo aberto, ou seja, nunca foi imposto um número mínimo ou máximo de utentes, nem foram sugeridos utentes para integrarem o grupo. A participação dos utentes nas sessões prendia-se com a motivação dos mesmos e com a sua presença no CDSFX no horário da sessão, daí a flutuação dos utentes em cada sessão, como podemos verificar no gráfico 5.

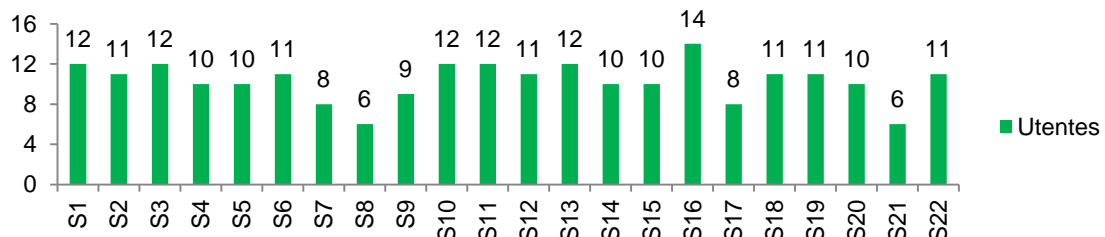


Gráfico 5: Número de utentes presentes em cada sessão – CDSFX

O número de utentes em cada sessão variou entre seis e 14, sendo que o número médio foi de dez utentes por sessão. As 22 sessões realizadas incluíram um total de 20 utentes, 18 do género feminino e dois do género masculino, com uma média de idades de 75 anos. Ao longo da intervenção, e dos 20 utentes que participaram, apenas quatro estiveram presentes em todas as sessões de psicomotricidade, como é possível verificar no gráfico 6.

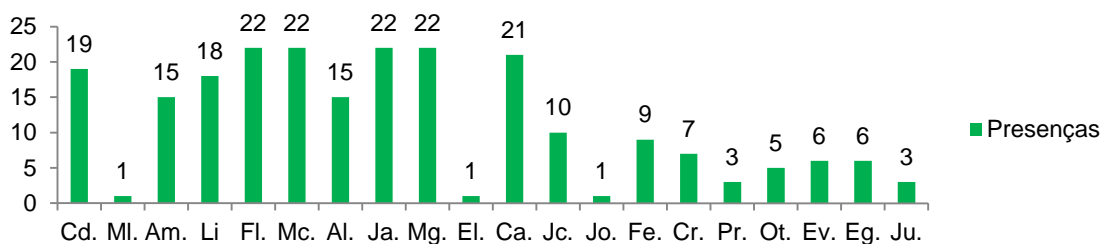


Gráfico 6: Número de sessões em que cada utente esteve presente – CDSFX

3.2. Avaliação

Neste ponto serão apresentados os diferentes instrumentos de avaliação utilizados nos três contextos de intervenção, mais especificamente, o SDQ, a ficha de avaliação da sessão e a ficha de avaliação do impacto do programa, aplicados na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na Escola e o protocolo de avaliação utilizado no CDSFX.

3.2.1. Instrumentos de avaliação

Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2000)

O SDQ (ver Anexos 2, 3 e 4) é um questionário constituído por 25 itens, divididos em 5 subescalas - comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de comportamento e problemas de relacionamento com os colegas – cada uma com 5 itens. Existem 3 versões deste questionário, duas delas dirigidas aos pais e professores de crianças com idades entre os quatro e os 16 anos, e uma outra de autopreenchimento para crianças dos 11 aos 17 anos.

A resposta a cada item realiza-se através de uma escala de *Likert* de 3 pontos, na qual 0 corresponde a “não é verdade”, 1 corresponde a “é um pouco verdade” e 2 corresponde a

“é muito verdade”. A soma de cada subescala permite a classificar o desenvolvimento da criança em três níveis: normal, limítrofe ou anormal. Este questionário apresenta ainda 5 perguntas relacionadas com o impacto das dificuldades na vida da criança e uma pergunta de resposta aberta para descrição de situações ou preocupações consideradas relevantes.

Ficha de Avaliação da Sessão (Félix, Oliveira & Faria, 2008; adaptada por Melo & Teves, 2012)

A ficha de avaliação da sessão (ver Anexo 14), compreende um total de 5 questões de resposta fechada e foi preenchida no final de todas as sessões na Casa da Fonte, permitindo a recolha de informação sobre o nível de satisfação das crianças com as atividades desenvolvidas na sessão e a compreensão destas acerca das competências adquiridas com as atividades. Para além destas informações, era possível ter o registo de como as crianças se sentiam no início e no fim da sessão. Esta apreciação das sessões realizada pelas crianças, prende-se com as frequentes entradas e saídas do grupo e com a necessidade de obter informação sobre a satisfação das crianças com as sessões, de forma a se poderem alterar alguns aspetos menos positivos.

Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (Aventura Social, 2009; adaptada por Melo & Teves, 2012)

A ficha de avaliação do impacto do programa (ver Anexo 28) tem como finalidade a recolha de informação sobre as sessões, a sua utilidade e interesse, as atividades mais apreciadas, as competências adquiridas, as evoluções percebidas e a motivação para voltarem a frequentar as mesmas ou indicá-las a um amigo. Esta ficha é composta por cinco questões de resposta fechada (e.g. achas que as sessões foram: giras e úteis, nem giras nem úteis, giras mas não úteis ou úteis mas não giras) e duas questões de resposta aberta (e.g. se tivesses um amigo para frequentar estas sessões dizias-lhe para vir e porquê).

Para além dos instrumentos de avaliação já referidos, na Casa da Fonte foram ainda entregues trabalhos de casa no final de duas sessões, que visavam motivar as crianças para as sessões, reforçando os conteúdos transmitidos nas mesmas. Esses trabalhos eram realizados durante a semana, com o auxílio dos educadores da instituição, e eram apresentados na sessão seguinte durante o diálogo inicial. Através dos trabalhos de casa, foi também possível verificar se os objetivos abordados durante as sessões estavam a ser cumpridos, servindo estes de complemento à ficha de avaliação da sessão.

Protocolo de Avaliação para os Idosos (Cardoso & Matias, 2011; adaptado por Melo & Teves, 2012)

Para que a avaliação dos idosos fosse o mais diversificada possível, foi elaborado pelas estagiárias um protocolo (ver Anexo 9) baseado em cinco instrumentos de avaliação, o “*Elderly Assessment System (EASyCare)*” (SCOPE, 1998), o “*Mini Mental State Examination (MMSE)*” (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), o “*World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)*” (WHO, 2001), o “*Examen Géronto Psychomoteur (EGP)*” (Michel, Soppelsa & Albaret, 2011) e o “*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*” (WHOQOL Group, 1998).

Este Protocolo é constituído por duas partes, uma de autopreenchimento e outra de avaliação dos aspetos psicomotores. A primeira parte do Protocolo de avaliação consiste numa série de questões sobre os dados pessoais e sobre sete domínios: orientação; saúde mental e bem-estar; retenção e evocação; domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo estes quatro últimos domínios do questionário WHOQOL-BREF. Cada domínio é constituído por um número variável de questões, sendo que as respostas são dadas através de uma escala de *Likert* de 1 a 5, à exceção do domínio da

retenção e evocação que consiste na repetição e evocação de três palavras e é cotado pelo avaliador. Na avaliação da componente psicomotora são observados aspetos como o equilíbrio estático e dinâmico, a motricidade fina, a noção corporal e a estruturação rítmica. Para além destas duas partes, no final, é avaliado e cotado o nível de vigília que o utente demonstrou durante toda a avaliação.

3.3. Condições de Avaliação

3.3.1. Casa da Fonte

Na avaliação das crianças da Casa da Fonte foram utilizados três instrumentos: o *Strenghts and Difficulties Questionnaire* – SDQ (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2000) preenchido pelas crianças, pelos educadores e pelos auxiliares (preenchendo cada qual a respetiva versão); a Ficha de Avaliação da Sessão (Félix, Oliveira & Faria, 2008; adaptada por Melo & Teves, 2012) preenchida pelas crianças; e a Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (Aventura Social, 2009; adaptada por Melo & Teves, 2012) também preenchida pelas crianças.

O questionário SDQ foi utilizado durante a intervenção em dois momentos distintos, ou seja, antes da intervenção e no final da mesma, independentemente de terem entrado, ou saído, a meio do tempo total de intervenção. Foi através do preenchimento deste questionário numa fase inicial, e da observação das crianças durante as primeiras sessões, que foi possível estabelecer os objetivos para a intervenção psicomotora.

A ficha de avaliação da sessão era preenchida por todas as crianças desde a primeira sessão até à última sessão em que estivessem presentes. Com a informação obtida através desta ficha foi possível reformular alguns aspetos das sessões, de forma a torná-las mais atrativas para as crianças, e verificar se os objetivos estavam a ser alcançados.

A ficha de avaliação do impacto do programa foi preenchida no final da intervenção mas não foi possível obter os dados de todas as crianças, uma vez que algumas fizeram um processo de transição muito rápido para outro local, não sendo possível a aplicação da mesma.

Atendendo às saídas repentinas de algumas crianças para outras instituições e ao facto de não ter sido possível estabelecer contacto com as mesmas, não se obteve o SDQ-final e a ficha de avaliação do impacto do programa de todas as crianças.

3.3.2. Psicomotricidade na Escola

Inicialmente, para selecionar as crianças, pediu-se aos professores que preenchessem o SDQ - *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000) para as crianças que apresentassem três das seguintes características: dificuldades de atenção e/ou concentração; impulsividade; agressividade; dificuldades de aceitação e cumprimento das regras; dificuldades de relacionamento com os pares e dificuldades de aceitação da figura de autoridade. Foram distribuídos cinco questionários por turma.

Após essa seleção, foi entregue aos pais o mesmo questionário, junto com o consentimento informado, que deveriam preencher caso autorizassem o educando a participar nas sessões. Das crianças que foram selecionadas, e autorizadas, apenas as do 3º e 4º ano preencheram o questionário, pois as do 1º e 2º ano não tinham idade, nem maturidade para a realização do mesmo. Convém ainda salientar que houve uma criança do 2º ano a preencher o SDQ, uma vez que tinha dez anos e por isso já tinha competências de leitura e escrita para responder ao referido questionário. No final de cada sessão, as crianças registavam o comportamento numa ficha (ver Anexo 27).

Após a intervenção os professores, os pais e as crianças, voltaram a preencher o SDQ, para se poderem comparar os resultados iniciais com os finais, sendo que as crianças tiveram ainda que preencher a ficha de avaliação do impacto do programa, a qual devia ser preenchida por todas as crianças, ainda que as mais novas contassem com o auxílio

das estagiárias, uma vez que algumas ainda não adquiriram as competências de leitura e escrita.

3.3.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

Na avaliação dos utentes foi utilizado um protocolo de avaliação (Cardoso & Matias, 2011; adaptado por Melo & Teves, 2012), que teve como base cinco instrumentos distintos. Este protocolo foi aplicado em dois momentos distintos, nomeadamente na avaliação inicial e na avaliação final. Através da informação obtida com a primeira aplicação do protocolo, e das observações realizadas durante as primeiras sessões, foi possível planificar os objetivos tendo em conta as necessidades e interesses dos utentes. A utilização do protocolo na avaliação final permitiu a comparação entre os resultados iniciais e finais, verificando assim o efeito da intervenção.

3.4. Contextos de intervenção

3.4.1. Casa da Fonte

As primeiras quatro sessões de Psicomotricidade realizaram-se numa sala disponibilizada pelo Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO). O acesso à sala é feito através da parte de trás do edifício que tem acesso à sala de estar do CSPO. Após essa entrada as estagiárias e as crianças tinham acesso, no mesmo piso em que se encontravam, à sala disponibilizada. Essa sala continha duas mesas e 50 cadeiras dispostas em quatro filas, sendo que estas eram empilhadas antes do início das sessões, para haver espaço suficiente para realizar as atividades. Para além destas matérias a sala continha ainda um quadro branco, com marcadores, vários armários encostados a uma parede, com portas de vidro e alguns placards de cortiça. Como a sala em questão era pouco apropriada às sessões de Psicomotricidade, e atendendo que a sala das sessões com os idosos era no mesmo edifício, as estagiárias pediram permissão para realizar as sessões no designado ginásio do CSPO (ver Anexo 11). A sala dispunha de várias cadeiras e sofás, duas mesas de sala baixas, uma mesa de plástico, uma televisão e bolas. Nas paredes da sala encontravam-se alguns placards de cortiça, onde eram expostos os trabalhos realizados pelos utentes do CSPO e onde foram também colocados alguns materiais realizados ao longo da intervenção com as crianças da Casa da Fonte, nomeadamente, uma cartolina com as regras da sessão e outra onde era feito o registo do comportamento das crianças no final de cada sessão.

3.4.2. Psicomotricidade na Escola – E.B. 1 de Caselas

As sessões de Psicomotricidade decorreram no ginásio da escola (ver Anexo 11). Este ginásio encontra-se localizado numa estrutura aparte das salas de aula, sendo que a entrada para este se faz pelo recreio da escola, e está ainda ligado ao refeitório através de uma porta, que permanecia habitualmente fechada. Neste ginásio havia dois bancos suecos; um quadro branco, onde foi afixada uma cartolina com as regras das sessões; vários colchões e um armário cheio de materiais como bolas, arcos, cordas, pinos, entre outros, sendo que todos estes materiais estavam à disposição das estagiárias e podiam ser utilizados nas sessões de Psicomotricidade.

3.4.3. Psicomotricidade na Escola – E.B. 1 Os Moinhos do Restelo

As sessões de Psicomotricidade decorreram no ginásio da escola (ver Anexo 11). Este ginásio é um local de passagem, estando ligado ao refeitório da escola, sem que exista uma barreira física entre eles. É ainda pelo ginásio que passam todas as crianças que frequentam o jardim de infância e as crianças do 2º e 4º ano, visto que as portas que dão acesso a estas salas são contíguas ao ginásio. Este facto fez com que em algumas sessões, não se conseguisse a tranquilidade e o silêncio necessário para a realização das atividades. Relativamente ao material existente, neste ginásio havia dois bancos

suecos; três espaldares; alguns placards de cortiça, onde foi afixada uma cartolina com as regras das sessões de Psicomotricidade e ainda um armário repleto de materiais como bolas, arcos, cordas, pinos, entre outros, sendo que todos estes materiais estavam à disposição das estagiárias (que deviam pedir a chave do cadeado do armário a uma das auxiliares de ação educativa da escola) e podiam ser utilizados nas sessões de Psicomotricidade.

3.4.4. Centro de Dia São Francisco Xavier

As sessões de Psicomotricidade decorreram no refeitório do CDSFX (ver anexo 11). Este espaço contém várias mesas e cadeiras, que eram arrumadas num canto do refeitório pelas estagiárias, com o auxílio dos funcionários do CDSFX, antes do início das sessões. Para além das mesas e cadeiras, as estagiárias tinham à sua disposição materiais como o rádio, jogos educativos para idosos, bolas, canetas, folhas, um quadro de giz (utilizado para realizar a orientação temporal), o *Data show*, entre outros. Na maioria das sessões, as cadeiras eram colocadas em círculo, para os utentes se sentarem e os restantes materiais eram levados pelas estagiárias.

3.5. Calendarização

A intervenção decorreu semanalmente em todos os locais de estágio, como é possível verificar através do quadro 1, embora não tenha sido iniciada em todos os locais ao mesmo tempo. As intervenções iniciaram-se em outubro com a Casa da Fonte. Em novembro começaram as sessões de Psicomotricidade no Centro de Dia de São Francisco Xavier, no Centro Social e Paroquial de Oeiras e as sessões do projeto “Afetos na Escola”. Por fim, em janeiro começaram as sessões da Psicomotricidade na Escola na E.B.1 de Caselas e na E.B. 1 Os Moinhos do Restelo.

Quadro 1: Horário semanal de intervenção

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
11h00-12h00 Psicomotricidade no Centro de Dia São Francisco Xavier	10h30-11h30 Psicomotricidade no Centro Social Paroquial de Oeiras		10h00-10h45 Psicomotricidade na Escola – Grupo 3	
		11h30-12h15 Psicomotricidade na Escola – Grupo 1	11h30-12h15 Psicomotricidade na Escola – Grupo 2	
14h30-15h30 Afetos na Escola (2ºC)	14h30-15h30 Afetos na Escola (1ºC)	14h15-15h00 Psicomotricidade na Escola – Grupo 4	13h45-14h30 Psicomotricidade na Escola – Grupo 5	
				18h00-19h00 Psicomotricidade na Casa da Fonte

Como podemos apurar a partir da análise do quadro 1, as sessões de Psicomotricidade na Escola tinham uma duração de 45 minutos. As sessões de Psicomotricidade no Centro de Dia de São Francisco Xavier, no Centro Social e Paroquial de Oeiras e na Casa da Fonte tinham a duração de 60 minutos. As sessões dos “Afetos na Escola” tinham, de igual forma, a duração de 60 minutos. Como referido anteriormente, cada local de intervenção teve uma data própria de início das sessões, pelo que alguns locais tiveram mais sessões do que outros. De seguida apresenta-se o planeamento anual para cada um dos locais de estágio.

3.5.1. Casa da Fonte

A intervenção na Casa da Fonte teve a duração de oito meses (outubro-maio), para os quais estavam previstas 26 sessões, tendo sido realizadas apenas 23 sessões, pois as crianças na última sessão de dezembro e de março não puderam estar presentes porque tinham uma atividade na escola e a última sessão coincidiu com a atividade extra final.

Para além das 23 sessões efetuadas, foram também realizadas duas sessões extra, uma realizada em fevereiro e planeada pelas estagiárias de 2º ciclo, onde se visitou o Aquário Vasco da Gama; e outra no dia 31 de maio, organizada pelas estagiárias de 1º ciclo, na qual as crianças realizaram um *peddy paper* no Parque dos Poetas, sendo esta a atividade final.

No quadro 2 podemos ver o planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte.

Quadro 2: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte

Mês	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio
Dias	26	2	7	11	1	1	5	3
		9	14	18	2	8	12	10
		16		25	8	15	19	17
		23			22		26	24
		30						31

Legenda: ■ Houve sessão ■ Não houve sessão ■ Sessão extra

3.5.2. Junta de São Francisco Xavier

Na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier a intervenção contemplou dois projetos, nomeadamente o projeto “Psicomotricidade na Escola” e o projeto “Afetos na Escola”. A Psicomotricidade na Escola teve a duração de cinco meses, com um total de 16 sessões previstas, embora nem todas fossem realizadas, por motivos alheios às estagiárias, nomeadamente motivos inerentes à escola e à própria rotina das turmas, pelo que as mesmas não foram compensadas, uma vez que as estagiárias estiveram presentes na escola no horário das sessões que não foram realizadas. O planeamento anual destas sessões para a escola E.B. 1 de Caselas encontra-se no quadro 3 e o planeamento para a escola E.B.1 Os Moinhos do Restelo encontram-se no quadro 4.

Quadro 3: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Escola E.B. 1 de Caselas (grupo 1)

Mês	janeiro	fevereiro	março	abril	maio
Dias	16	6	6	3	8
	23	20	13	10	15
	30	27		17	22
				24	29

Legenda: ■ Houve sessão

Quadro 4: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo (grupo 4)

Mês	janeiro	fevereiro	março	abril	maio
Dias	16	6	6	3	8
	23	20	13	10	15
	30	27		17	22
				24	29

Legenda: ■ Houve sessão ■ Não houve sessão

O projeto “Afetos na Escola”, que decorreu na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo, teve a duração de oito meses, período durante o qual foram acompanhadas as turmas do 1ºC e do 2ºC. As sessões dos Afetos, bem como as atividades e conteúdos abordados nas mesmas eram da responsabilidade das psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, razão pela qual este trabalho não será abordado de forma extensiva no presente relatório. No entanto, encontram-se em anexo os sumários de todas as sessões (ver Anexo 29 e 30) que foram dinamizadas.

No quadro 5 encontra-se a calendarização das sessões concretizadas no âmbito do projeto “Afetos na Escola”.

Quadro 5: Calendarização das sessões do projeto “Afetos na Escola”

Quadro 6. Calendarização das sessões do projeto "Mitos na Escola"									
Mês	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.	Ano
Dias	20	4	8	5	5	2	3	5	1ºC
	27		15	19	12	9	7		
			22	26		16	14		
			29			23	21		
						30	28		
Dias	19	3	7	4	4	8	2	3	2ºC
	26	6	14	18	11	15	6		
			21	25		22	9		
			24			29	13		
			28				20		
							27		

Legenda: ■ Houve sessão ■ Não houve sessão ■ Compensação

3.5.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

A intervenção no CDSFX teve a duração de sete meses, com um total de 22 sessões previstas e realizadas. No quadro 6 encontra-se o planeamento das sessões de Psicomotricidade no CDSFX.

Quadro 6: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade no CDSFX

Mês	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio
Dias	12	3	7	4	4	8	6
	19	10	14	18	11	15	13
	26		21	25		22	20
			28			29	27

Legenda: ■ Houve sessão

3.6. Planeamento dos objetivos e estrutura da intervenção

3.6.1. Casa da Fonte e Psicomotricidade na Escola

A intervenção na Casa da Fonte e no projeto Psicomotricidade na Escola da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier teve como base o programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais (Matos & Tomé, 2012).

As atividades foram delineadas em função das características e das necessidades de cada grupo, incidindo fortemente nas competências pessoais e sociais. Os objetivos gerais e específicos, para a intervenção na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na Escola foram definidos após a análise, através do programa SPSS versão 21, dos dados iniciais do questionário SDQ. Nos dois contextos de intervenção, para além da análise dos dados do questionário SDQ, foi ainda realizada uma avaliação informal pelas estagiárias no decorrer das sessões, através da qual se verificou a necessidade de intervir nos

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

fatores psicomotores e nas competências cognitivas, no entanto não houve uma avaliação quantitativa destes objetivos gerais.

Deste modo, os objetivos gerais e específicos definidos para a intervenção na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na Escola encontram-se referidos no quadro 7.

Quadro 7: Objetivos gerais e específicos da intervenção na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na Escola

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover as competências pessoais e sociais	Promover a assertividade; Potencializar a identificação e resolução de problemas; Promover a tomada e manutenção de decisões; Potencializar a gestão de alternativas; Promover o cumprimento de regras; Promover a comunicação verbal e não verbal; Potencializar a expressão e a compreensão dos sentimentos; Promover a identificação e gestão de emoções; Estimular a interajuda, a partilha e a cooperação; Identificar os sentimentos/emoções do outro; Promover a empatia; Facilitar a relação entre os pares e as figuras de autoridade; Desenvolver atitudes de liderança assertiva no grupo.
Promover o bem-estar psicológico	Diminuir os níveis de ansiedade; Melhorar a autoestima e o autoconhecimento.
Promover a autorregulação do comportamento	Promover o controlo da agressividade e da impulsividade; Aumentar a capacidade de resistência à frustração.
Melhorar as competências cognitivas	Aumentar o tempo de concentração e empenho numa tarefa; Melhorar a capacidade de atenção/focalização num estímulo relevante; Promover a capacidade de memória.
Desenvolver os fatores psicomotores	Tonicidade; Lateralização (reconhecimento direita/esquerda); Noção do corpo; Praxia Global (coordenação óculo-manual).

Cada sessão obedecia a uma estrutura pré-estabelecida que compreendia momentos distintos como a entrada, o diálogo inicial, as atividades, o retorno à calma e o diálogo final. No primeiro momento, que corresponde à entrada, era feita a organização do grupo de modo a iniciar a sessão, promovendo simultaneamente o cumprimento das regras inerentes à mesma. No segundo momento, diálogo inicial, era realizada uma exposição individual sobre a semana e outros aspetos que as crianças pretendessem partilhar, de modo a promover o convívio e a coesão entre os elementos do grupo. Ainda neste momento da sessão eram lembradas, pelas crianças, as atividades realizadas na sessão anterior e por fim, as estagiárias referiam sucintamente as atividades a realizar na

presente sessão. No terceiro momento, eram realizadas atividades com vista ao desenvolvimento dos objetivos específicos da intervenção. No quarto momento, retorno à calma, eram realizadas atividades que promovessem a relaxação muscular e o controlo respiratório. Por último, no diálogo final, era realizada uma reflexão acerca da importância das atividades e das sensações vividas pelas crianças ao longo da sessão e era realizada a autoavaliação do comportamento. Convém ainda referir que nas primeiras sessões da Casa da Fonte as crianças eram levadas até ao local de intervenção por um educador; além disso o diálogo final na Casa da Fonte englobava uma reflexão mais extensa, acerca das atividades desenvolvidas, uma vez que as sessões tinham uma maior duração relativamente às sessões da Psicomotricidade na Escola.

Para a realização dos objetivos específicos foram realizadas atividades, como por exemplo: jogos de cooperação e resolução de problemas, jogos de regras, atividades expressivas, atividades de compreensão e expressão de sentimentos e emoções, atividades de relaxação, entre outras. Como estratégias gerais de atuação para o grupo adotaram-se as seguintes: dar espaço às crianças para se expressarem privilegiando a capacidade de iniciativa e espontaneidade; promover a expressão de conflitos internos no espaço da sessão; mostrar às crianças o impacto que os seus comportamentos têm sobre o grupo, responsabilizando-as pelos mesmos; reforçar os comportamentos de calma e atenção, ignorando a agitação e a impulsividade; valorizar a criança não só pelos seus êxitos como também pelas suas capacidades relacionais e afetivas; corresponsabilização de todas as crianças na construção e manutenção de regras; reconhecimento do bom comportamento do grupo, através da entrega de prémios; retirar as crianças das atividades quando estas perturbavam o bom funcionamento da sessão, proporcionando um momento de reflexão sobre as suas atitudes.

3.6.2. Centro de Dia São Francisco Xavier

No Centro Dia São Francisco Xavier (CDSFX) todas as sessões foram realizadas com vista a cumprir os objetivos previamente definidos, focando principalmente as competências pessoais e sociais.

Após a recolha dos dados, resultantes da aplicação do protocolo de avaliação aos utentes, procedeu-se à sua análise com recurso ao programa estatístico SPSS versão 21, e por fim, delinearam-se os objetivos para o CDSFX. Para além destes dados quantitativos, foi ainda realizada uma avaliação informal nas primeiras sessões, através da observação do comportamento dos utentes. Desta forma, os objetivos gerais e específicos estabelecidos para a intervenção com os idosos no CDSFX são apresentados no quadro 8.

Quadro 8: Objetivos gerais e específicos da intervenção no CDSFX

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover as competências pessoais e sociais	Promover a capacidade de identificação e resolução de problemas; Promover a capacidade de iniciativa; Promover a gestão de conflitos; Promover a assertividade; Potencializar a gestão de alternativas; Promover a expressão e compreensão de sentimentos; Potencializar a identificação e gestão das emoções; Promover a interajuda e cooperação entre os utentes;

	Promover a empatia.
Promover o bem-estar psicológico	Promover a autoestima; Promover a partilha e reflexão sobre as vivências pessoais.
Promover a manutenção das competências cognitivas	Estimular a memória; Melhorar a capacidade de atenção e concentração; Melhorar a orientação temporal.
Desenvolver os fatores psicomotores	Tonicidade; Promover o equilíbrio; Noção do corpo; Praxia global (agilidade dos membros superiores); Praxia fina (coordenação dinâmica manual).

De uma forma geral, as sessões com os idosos eram compostas por cinco momentos distintos, nomeadamente: a entrada, o diálogo inicial, as atividades, o retorno à calma e o diálogo final. No primeiro momento, a entrada, as estagiárias dirigiam-se à sala de convívio a fim de chamar os utentes para a sessão, ajudando aqueles que apresentavam mais dificuldades ao nível da mobilidade. No segundo momento, diálogo inicial, era realizada uma exposição sobre a semana e outros aspetos que utentes pretendessem partilhar, de modo a promover o convívio entre os elementos do grupo. Em seguida, era realizada a orientação temporal (dia da semana, dia do mês, mês, ano e estação do ano) e eram relembradas, pelos utentes, as atividades realizadas na sessão anterior. Ainda neste momento, as estagiárias referiam sucintamente as atividades a realizar na presente sessão. No terceiro momento, eram realizadas atividades com vista ao desenvolvimento dos objetivos específicos da intervenção. No quarto momento, retorno à calma, eram realizadas atividades que promovessem a relaxação muscular, a mobilização articular e o controlo respiratório. Por último, no diálogo final, era realizada uma partilha acerca das atividades e das sensações vividas pelos utentes ao longo da sessão.

Para a realização dos objetivos específicos foram realizadas atividades, como por exemplo: atividades para promover a resolução de problemas, atividades expressivas, atividades de compreensão e expressão de sentimentos e emoções, atividades de relaxação, atividades de estimulação da atenção, concentração e memória; entre outras. Como estratégias gerais de atuação para o grupo adotaram-se as seguintes: dar espaço aos utentes para se expressarem e partilharem vivências pessoais; promover a capacidade de escutar o outro, respeitando a sua opinião; incentivar a participação dos utentes nas sessões valorizando não só os seus êxitos como também as suas capacidades de relação interpessoal; e evidenciar os benefícios da participação nas sessões para o seu bem-estar e qualidade de vida.

3.7. Apresentação dos Resultados de Intervenção

Antes de serem apresentados os resultados da intervenção nos diferentes locais de estágio, é apresentado o quadro 9, onde são apresentados os intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa. No início de cada grupo encontra-se um gráfico de valores médios, do grupo inicial, obtidos pelos SDQ's dos professores, dos pais e das crianças, que é interpretado com base neste quadro. O quadro 9 serve de interpretação para todos os resultados dos grupos seguidamente apresentados.

Quadro 9 – Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa

	Normal			Limítrofe			Anormal		
	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança
Sintomas Emocionais	0-4	0-3	0-5	5	4	6	6-10	5-10	7-10
Problemas de Comportamento	0-2	0-2	0-3	3	3	4	4-10	4-10	5-10
Hiperatividade	0-5	0-5	0-5	6	6	6	7-10	7-10	7-10
Problemas de Relacionamento com os Colegas	0-3	0-2	0-3	4	3	4-5	5-10	4-10	6-10
Comportamento Pró-Social	6-10	6-10	6-10	5	5	5	0-4	0-4	0-4

3.7.1. Casa da Fonte

De seguida, encontram-se os resultados da avaliação inicial e final das crianças da Casa da Fonte, obtidos através do Questionário SDQ preenchido pelos educadores (versão dos Professores), pelo auxiliar que fosse mais próximo da criança (versão dos Pais) e pelas próprias crianças. Os resultados obtidos na avaliação inicial permitiram estabelecer os objetivos a trabalhar ao longo das sessões de Psicomotricidade.

Das 18 crianças que fizeram parte do grupo, apenas serão apresentados os dados de nove crianças, uma vez que oito delas estiveram presentes em menos de cinco sessões das 23 realizadas. Além disso, os seus resultados não se consideram pertinentes para avaliação, devido ao curto período de intervenção. Convém ainda referir, que não foi possível obter a avaliação final de duas crianças que participaram em mais de cinco sessões, e uma vez que não foi possível realizar a avaliação pré-pós para estas duas crianças, os seus resultados não serão apresentados. Dessas nove crianças, será dado mais destaque aos resultados de quatro crianças, que estiveram presentes em mais de metade das sessões. Essas quatro crianças estarão divididas, das restantes, na apresentação gráfica dos resultados, através de uma linha preta vertical.

No gráfico 7 podemos verificar os valores médios, das cinco subescalas do SDQ, do grupo inicial, constituído por cinco crianças.

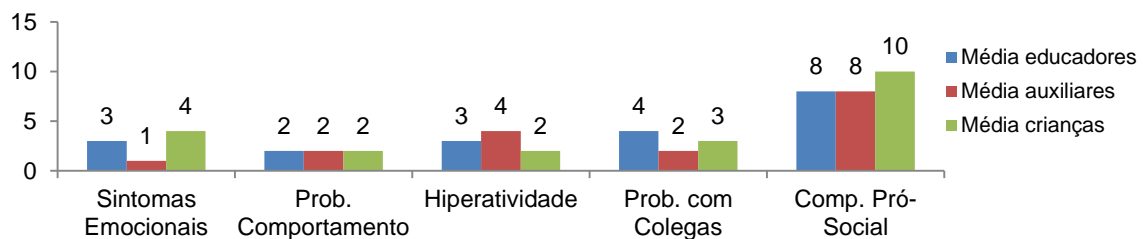


Gráfico 7: Valores médios do grupo inicial obtidos pelos SDQ's dos educadores, dos auxiliares e das crianças – Casa da Fonte

Como se pode observar no gráfico 7, todas as subescalas se encontravam dentro da normalidade (ver quadro 9) para as três avaliações, à exceção da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, que se encontrava no nível “limítrofe”, segundo a avaliação dos educadores.

As sessões com este grupo oscilaram ao longo da intervenção, dada a frequente entrada e saída de crianças na Casa e consequentemente nas sessões de psicomotricidade. Apesar disso, considera-se que as crianças revelaram progressos após a intervenção, nomeadamente ao nível da autorregulação do comportamento, do cumprimento das

regras, da participação e empenho nas atividades e da compreensão e expressão dos sentimentos.

Avaliação inicial e final dos educadores – Casa da Fonte

Neste tópico serão apresentados todos os dados obtidos a partir do SDQ, através da avaliação inicial e final, dos educadores. Será feita a apresentação de todas as subescalas, e do total de dificuldades, realizando-se ainda uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais de nove crianças.

No gráfico 8 podemos verificar os valores da subescala dos Sintomas Emocionais.

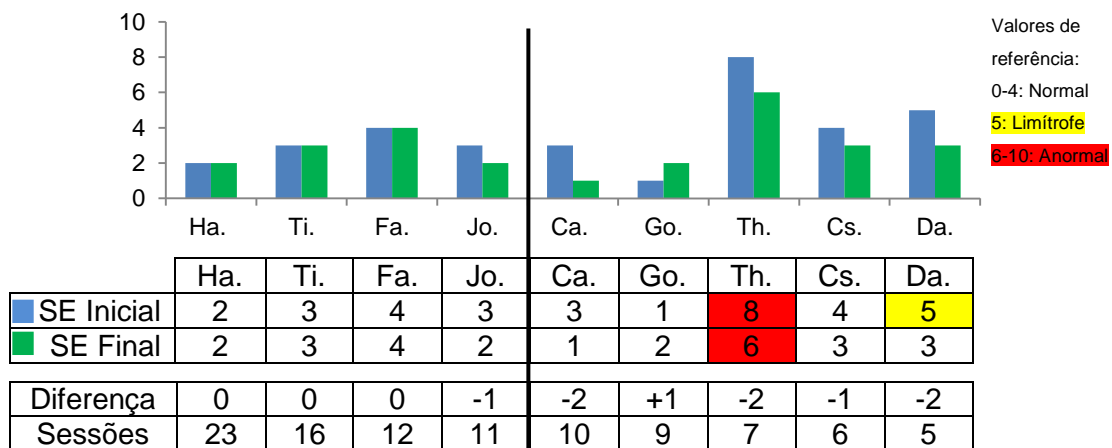


Gráfico 8: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 8, podemos constatar que inicialmente havia sete crianças na categoria “normal”, uma na “limítrofe” e uma na “anormal”. Após a intervenção, os resultados foram ligeiramente diferentes, sendo que na avaliação final havia oito crianças na categoria “normal” e uma na “anormal”. Relativamente às quatro crianças que estiveram presentes em mais sessões, pode-se constatar que inicialmente todas estavam no nível “normal”, tendo-se mantido neste nível após a intervenção.

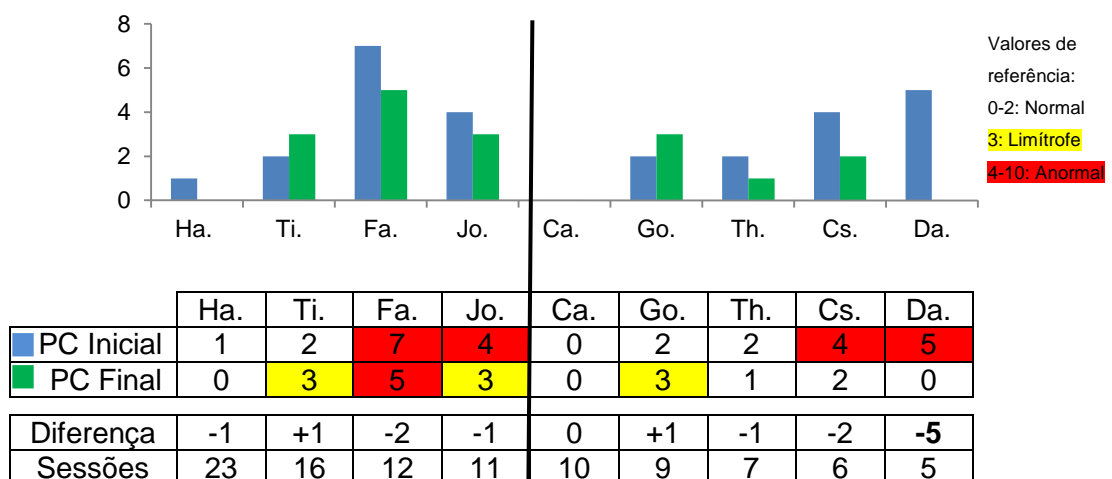


Gráfico 9: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os dados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 9), pode-se afirmar que na avaliação inicial cinco crianças encontravam-se no nível “normal” e quatro no “anormal”. Após a intervenção, cinco crianças apresentaram resultados no

nível “normal”, três no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”, o que revela uma melhoria dos resultados após a intervenção.

Quanto às quatro crianças destacadas, verifica-se que antes da intervenção duas se encontravam no nível “normal” e as outras duas no “anormal”. Após a intervenção, uma criança encontrava-se no nível “normal”, duas no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”, sendo que três apresentaram progressos e uma revelou piores resultados após a intervenção.

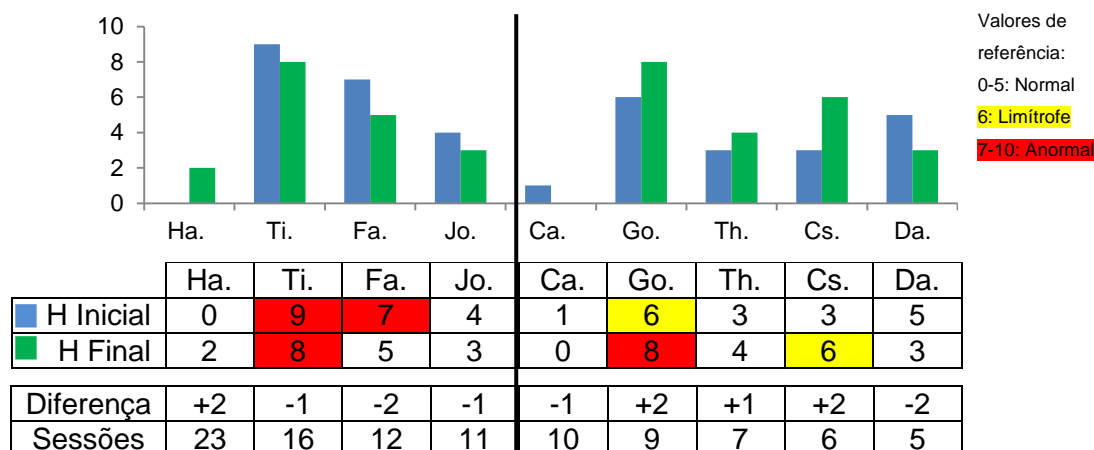


Gráfico 10: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 10, que representa a subescala da hiperatividade, podemos verificar que antes da intervenção seis crianças encontravam-se no nível “normal”, uma criança no nível “limítrofe” e duas no “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças em cada um dos níveis manteve-se.

Antes da intervenção, duas das quatro crianças que participaram em mais sessões apresentavam valores no nível “normal” e as outras duas no nível “anormal”, enquanto que após a intervenção três destas crianças estavam no nível “normal” e apenas uma no “anormal”, verificando-se uma ligeira melhoria.

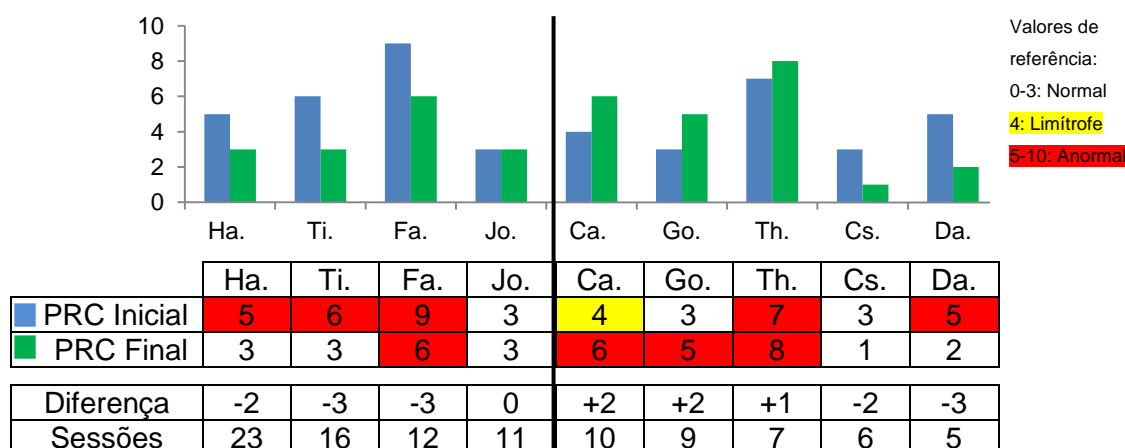


Gráfico 11: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 11, da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, pode-se verificar que inicialmente três crianças apresentavam resultados no nível “normal”, uma no “limítrofe” e cinco no “anormal”. Após a intervenção, cinco crianças apresentaram resultados no nível “normal” e quatro no nível “anormal”. Em relação às quatro crianças que participaram em mais sessões, inicialmente uma delas apresentou

resultados no nível “normal” e três apresentavam resultados no nível “anormal” e após a intervenção três tiveram resultados no nível “normal” e uma no “anormal”.

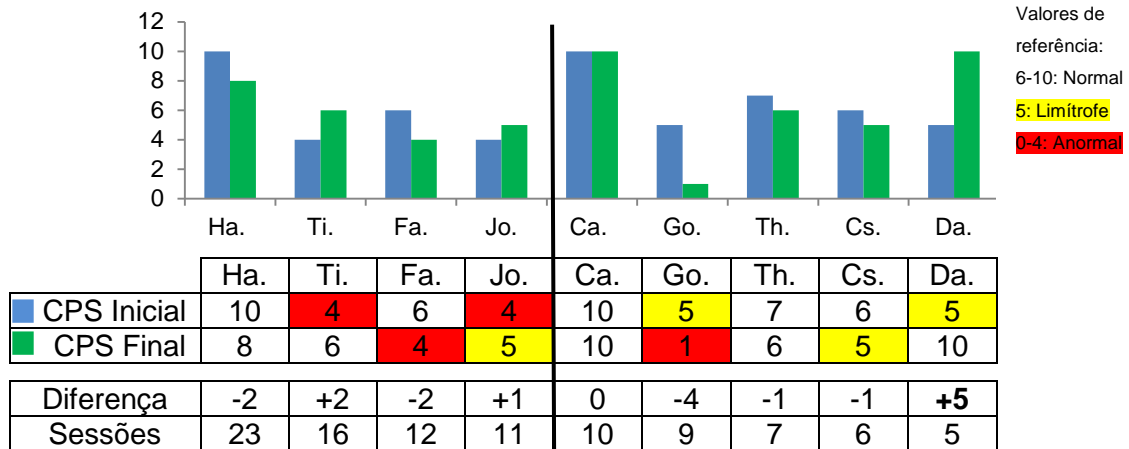


Gráfico 12: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 12, podemos verificar que, de acordo com os educadores, antes da intervenção cinco crianças encontravam-se no nível “normal”, duas crianças no nível “limitrofe” e duas no “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças em cada um dos níveis manteve-se. Considerando agora as quatro crianças que estiveram em mais sessões, antes da intervenção duas apresentavam resultados no nível “normal” e duas no “anormal”. Após a intervenção, duas apresentaram valores no nível “normal”, uma no “limitrofe” e uma no “anormal”.

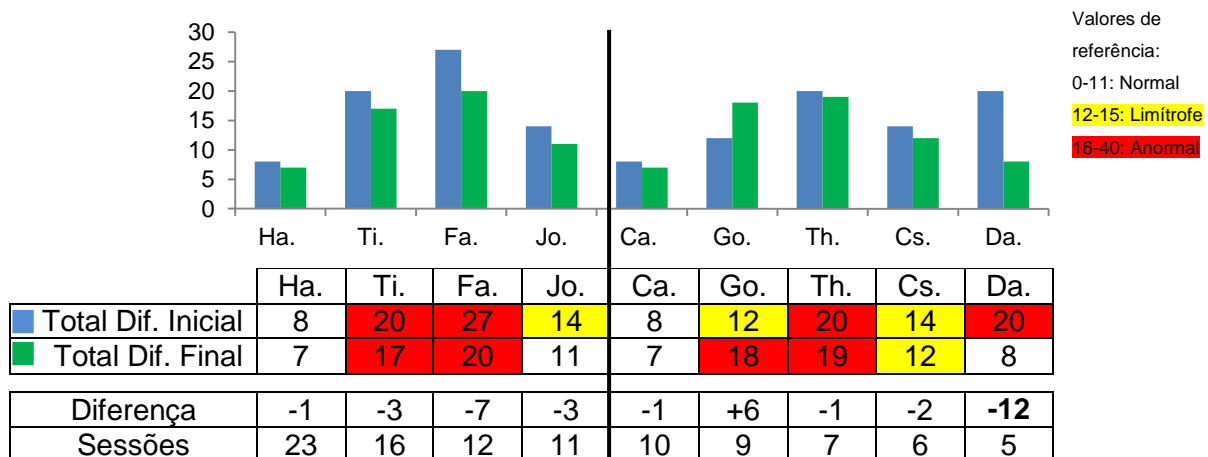


Gráfico 13: Avaliação inicial e final dos educadores do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 13, que representa o total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que, segundo os educadores, antes da intervenção, apenas duas crianças apresentavam valores de nível “normal”, três de nível “limitrofe” e quatro de nível “anormal”. Após a intervenção, aumentou para quatro o número de crianças no nível “normal”, diminuiu para uma no nível “limitrofe” e manteve-se o número de crianças no nível “anormal”.

Das quatro crianças que participaram em mais sessões, antes da intervenção, uma encontrava-se no nível “normal”, uma no nível “limitrofe” e duas no nível “anormal”. Após a intervenção a criança que estava no nível “limitrofe” transitou para o nível “normal”, enquanto que as outras se mantiveram no mesmo nível.

Avaliação Inicial e Final dos Auxiliares

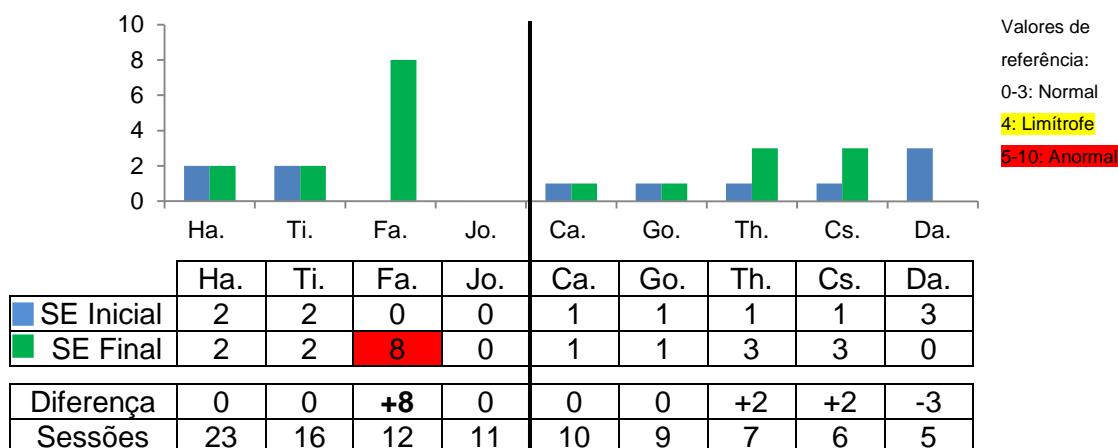


Gráfico 14: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 14 podemos constatar que para os auxiliares todas as crianças se encontravam no nível “normal” na subescala dos sintomas emocionais, antes da intervenção. Após a intervenção uma criança passou do nível “normal” para o nível “anormal”. Relativamente às quatro crianças presentes em mais sessões, inicialmente todas se encontravam no nível “normal” e após a intervenção, uma delas passou para o nível “anormal”.

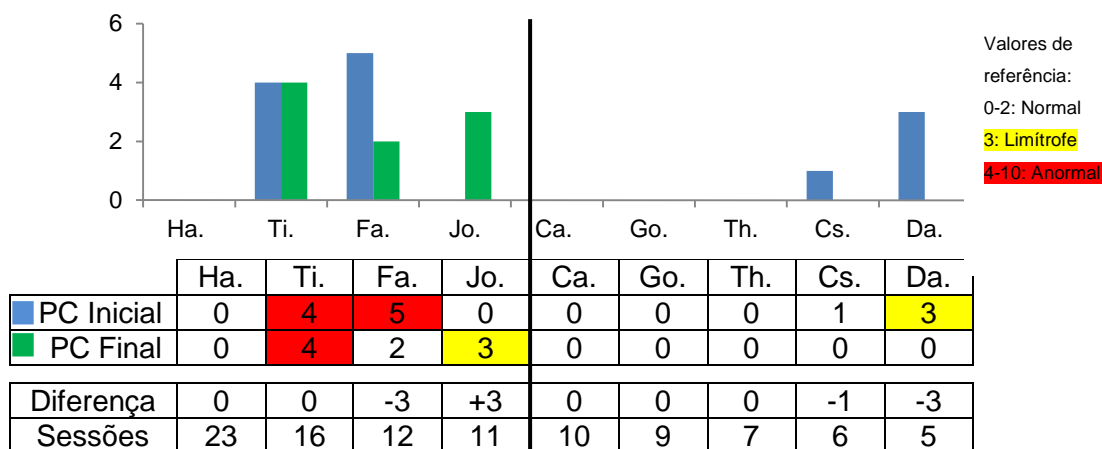


Gráfico 15: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas do Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os resultados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 15), podemos verificar que, segundo os auxiliares, antes da intervenção existiam seis crianças no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” e duas no nível “anormal”. Após a intervenção, sete crianças encontravam-se no nível “normal”, uma no “limítrofe” e uma no “anormal”. Em relação às quatro crianças que participaram em mais sessões, verifica-se que antes da intervenção havia duas crianças no nível “normal” e duas no nível “anormal”. Após a intervenção, havia o mesmo número de crianças no nível “normal”, uma criança no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”.

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

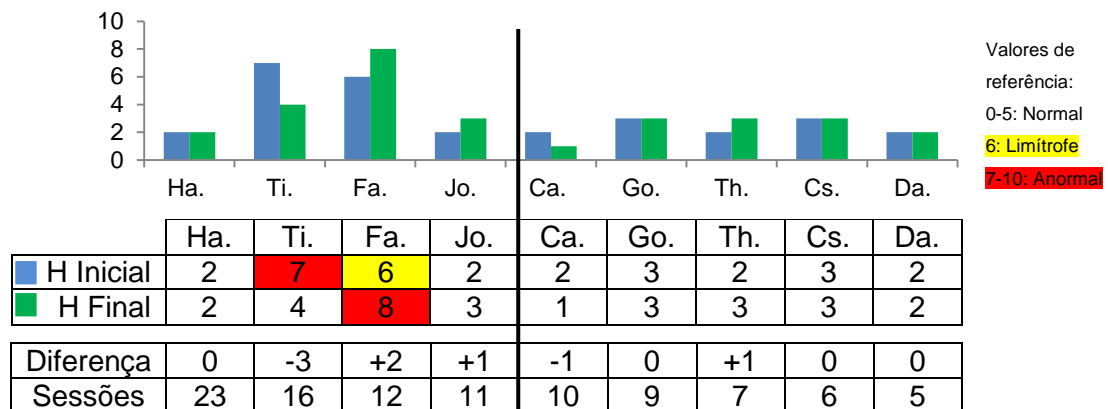


Gráfico 16: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 16 podemos constatar que para os auxiliares sete crianças estavam no nível “normal”, uma no “limítrofe” e uma no “anormal”, antes da intervenção. Após a intervenção, oito crianças estavam no nível “normal” e uma no “anormal”. Quanto às quatro crianças destacadas, inicialmente duas estavam no nível “normal”, uma no “limítrofe” e uma no “anormal”. Já no final da intervenção, verificou-se que três crianças estavam no nível “normal” e uma no nível “anormal”.

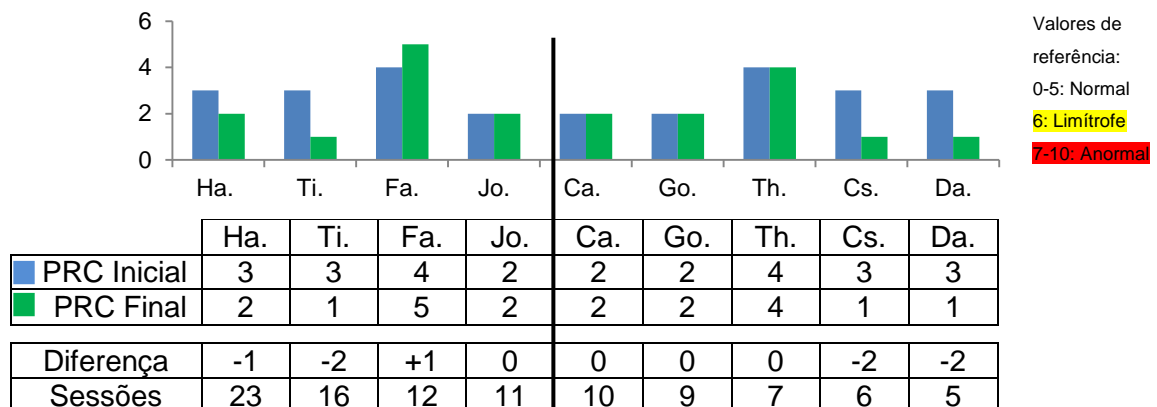


Gráfico 17: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 17 podemos verificar que inicialmente e segundo os auxiliares, todas as crianças se encontravam no nível “normal” na subescala dos problemas de relacionamento, resultados que se mantiveram após a intervenção.

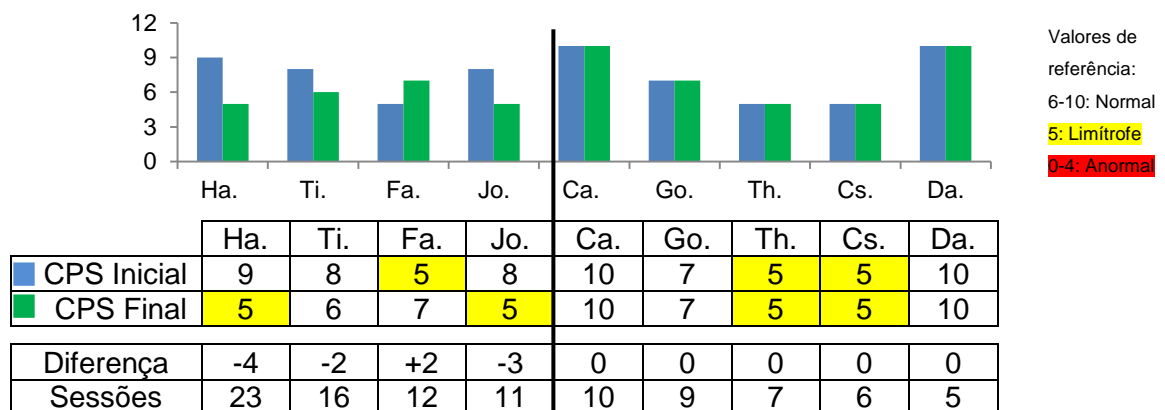


Gráfico 18: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 18, da subescala do comportamento pró-social, podemos verificar que, de acordo com os auxiliares, inicialmente havia seis crianças no nível “normal” e três no “limítrofe”. Após a intervenção, e segundo os auxiliares, havia cinco crianças no nível “normal” e quatro no nível “limítrofe”.

Das quatro crianças destacadas, podemos verificar que antes da intervenção três encontravam-se no nível “normal” e uma no “limítrofe” e após a intervenção, duas encontravam-se no nível “normal” e as outras duas no “limítrofe”.

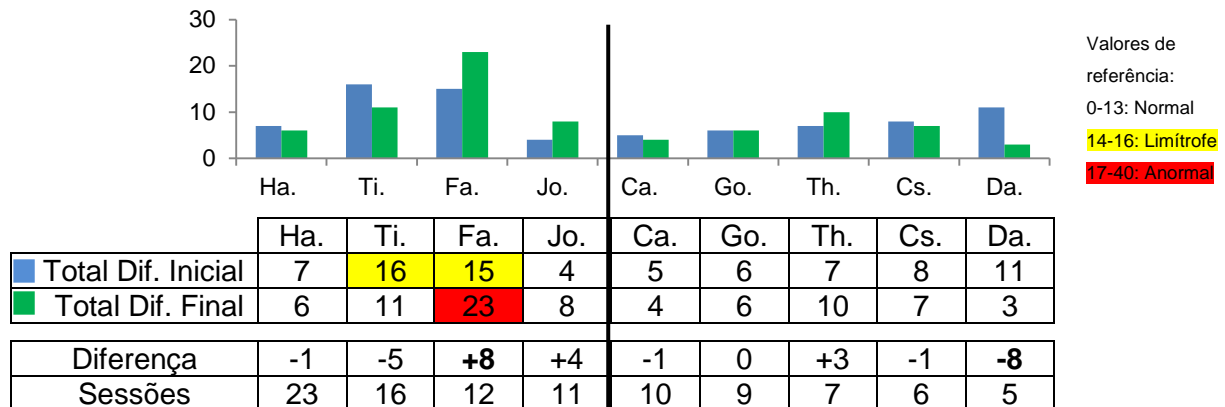


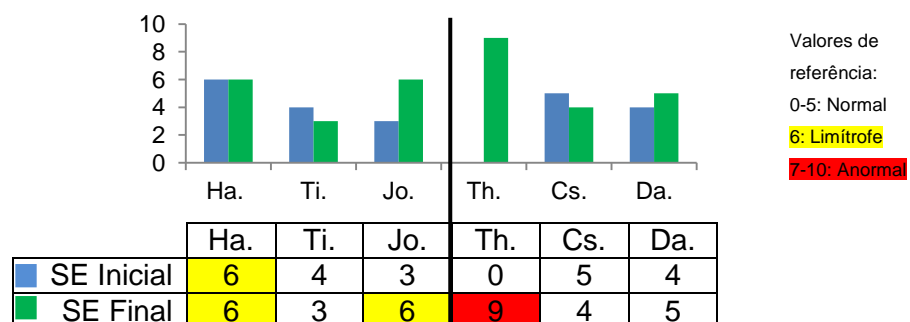
Gráfico 19: Avaliação inicial e final dos auxiliares do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os dados do gráfico 19, do total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que, segundo os auxiliares, antes da intervenção existiam sete crianças no nível “normal” e duas no nível “limítrofe”. Após a intervenção, oito crianças encontravam-se no nível “normal” e uma no nível “anormal”.

Em relação às quatro crianças presentes em mais sessões, verifica-se que antes da intervenção havia duas crianças no nível “normal” e duas no nível “limítrofe”. Após a intervenção, havia três crianças no nível “normal” e uma no nível “anormal”.

Avaliação Inicial e Final das Crianças

Devido às frequentes, e imprevisíveis, entradas e saídas das crianças na Casa da Fonte, não foi possível obter a avaliação final de três das nove crianças, anteriormente mencionadas. Convém ainda referir que não serão apresentados os resultados do Go., uma vez que esta criança não preencheu o SDQ, devido à sua idade e escolaridade. Desta forma, serão apresentados apenas os resultados de seis crianças; destacando-se apenas três crianças e não quatro como nas avaliações dos educadores e auxiliares, uma vez que não foi possível obter a avaliação final do Fa., devido à sua saída repentina da Casa da Fonte.



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

Diferença	0	-1	+3	+9	-1	+1
Sessões	23	16	11	7	6	5

Gráfico 20: Avaliação inicial e final das crianças da subescala Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 20, podemos constatar que, segundo as crianças, antes da intervenção cinco estavam no nível “normal” e uma no nível “limítrofe”. Após a intervenção, três estavam no nível “normal”, duas no “limítrofe” e uma no “anormal”. Em relação às três crianças com mais sessões realizadas, verifica-se que antes da intervenção havia duas crianças no nível “normal” e uma no nível “limítrofe”. Após a intervenção, havia uma criança no nível “normal” e duas no nível “limítrofe”.

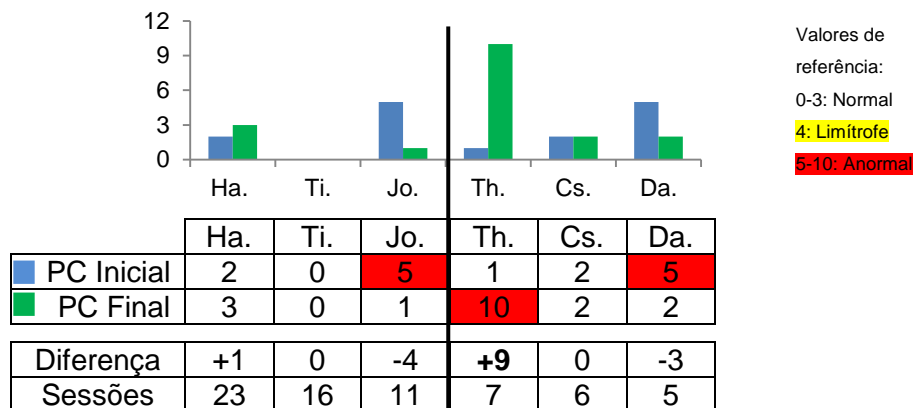


Gráfico 21: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os resultados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 21), pode-se verificar que na avaliação inicial quatro crianças apresentavam valores de nível “normal” e duas de nível “anormal”. Após a intervenção, cinco crianças apresentaram resultados de nível “normal” e uma de nível “anormal”. Das três crianças destacadas, inicialmente verifica-se que duas se encontravam no nível “normal” e uma no “anormal” e após a intervenção, todas se encontravam no nível “normal”, o que revela uma melhoria dos resultados após a intervenção.

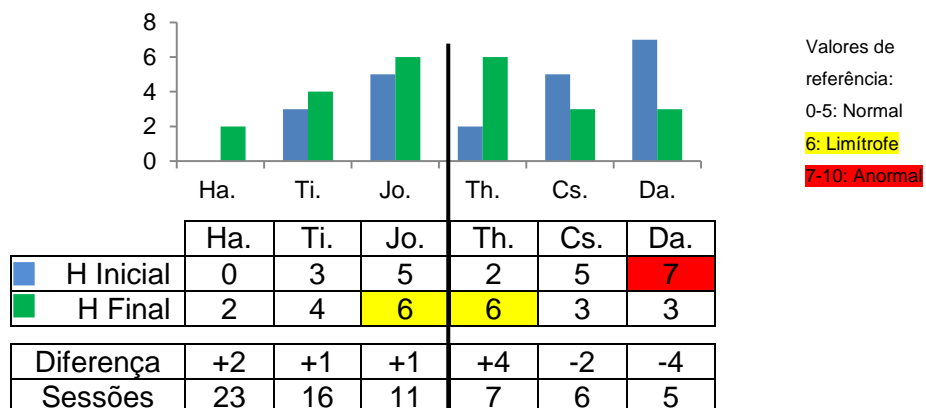


Gráfico 22: Avaliação inicial e final das crianças da subescala Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 22, representativo da avaliação das crianças na subescala da hiperatividade, verifica-se que inicialmente cinco crianças se encontravam no nível “normal” e uma no “anormal”. Após a intervenção, havia quatro crianças no nível “normal”

e duas no “limítrofe”. Quanto às crianças presentes em mais sessões, inicialmente todas se encontravam no nível “normal”, já após a intervenção duas apresentaram valores de nível “normal” e uma de nível “limítrofe”.

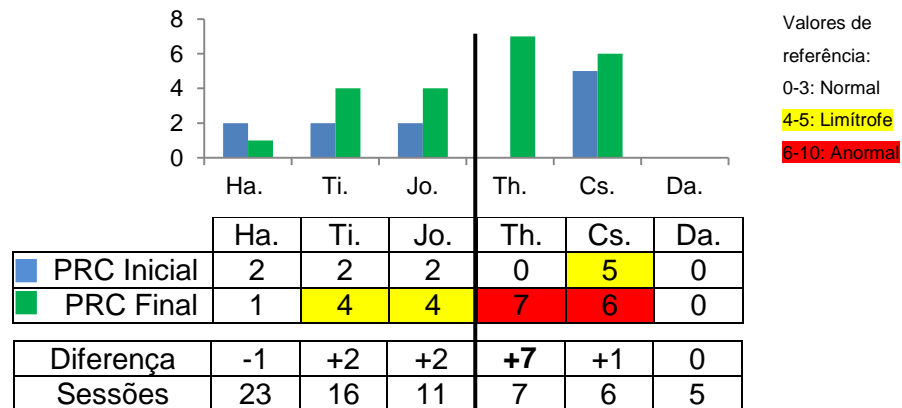


Gráfico 23: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora o gráfico 23, da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, verifica-se que inicialmente cinco crianças apresentavam valores de nível “normal” e uma de nível “limítrofe”. Após a intervenção, duas crianças apresentaram resultados de nível “normal”, duas de nível “limítrofe” e duas de nível “anormal”.

Das três crianças destacadas, inicialmente verifica-se que todas se encontravam no nível “normal” e após a intervenção, uma delas permaneceu no nível “normal” e duas transitaram para o nível “limítrofe”.

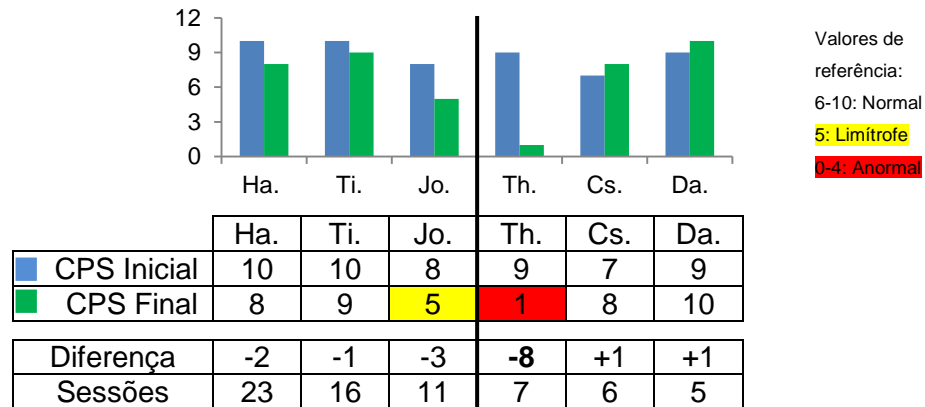


Gráfico 24: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 24, da subescala do comportamento pró-social, verifica-se que na avaliação inicial as seis crianças apresentavam valores de nível “normal”. Após a intervenção, quatro crianças apresentaram resultados de nível “normal”, uma de nível “limítrofe” e uma de nível “anormal”.

Das três crianças destacadas, inicialmente verifica-se que todas se encontravam no nível “normal” e após a intervenção, duas permaneceram no nível “normal” e uma transitou para o nível “limítrofe”.

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

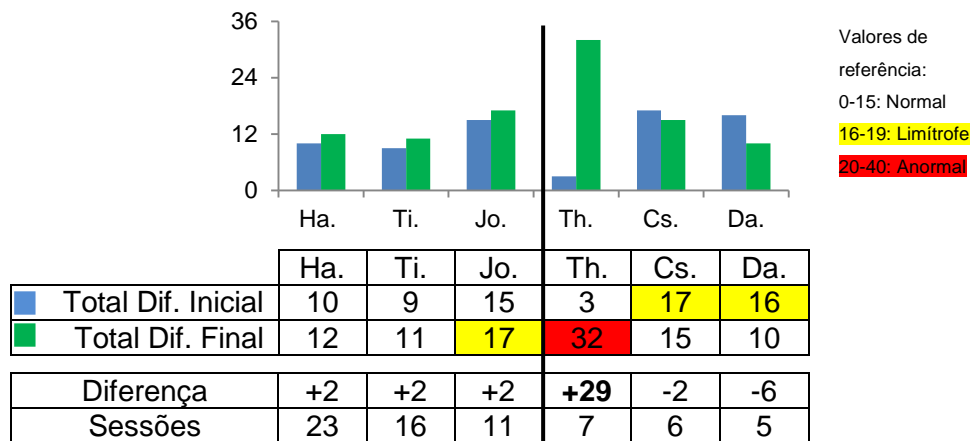


Gráfico 25: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 25, do total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que, de acordo com as crianças, inicialmente quatro apresentavam valores de nível “normal” e duas de nível “limitrofe”. Após a intervenção, quatro crianças apresentaram resultados de nível “normal”, uma de nível “limitrofe” e uma de nível “anormal”. Das três crianças destacadas, inicialmente verifica-se que todas se encontravam no nível “normal” e após a intervenção, duas permaneceram no nível “normal” e uma delas transitou para o nível “limitrofe”.

Em seguida serão apresentados os gráficos relativos aos valores médios iniciais e finais do grupo, obtidos pelas três fontes de avaliação. Convém referir, que segundo a avaliação dos educadores e dos auxiliares, serão contemplados os dados de nove crianças, enquanto que na autoavaliação das crianças, serão apenas contemplados os dados de seis crianças, uma vez que não foi possível obter as avaliações finais das nove crianças. É ainda de realçar que os valores da avaliação inicial e final, apresentados nos gráficos seguintes, são relativos às crianças para as quais se obtiveram os resultados nos dois momentos de avaliação.

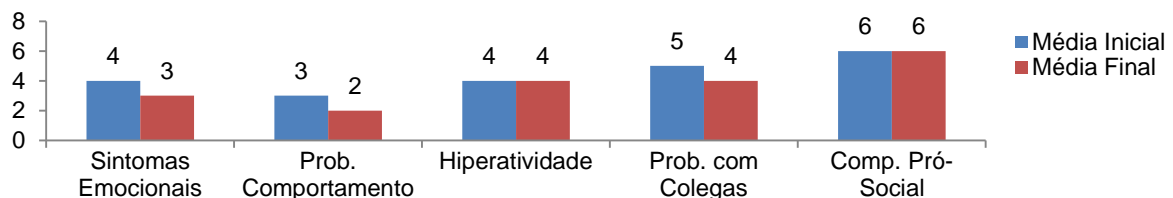


Gráfico 26: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's dos educadores – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 26, relativo à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, de acordo com a avaliação dos educadores, as crianças apresentaram pontuações inferiores na subescala dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento e dos problemas de relacionamento com os colegas. Nas restantes subescalas, os valores médios finais foram iguais aos iniciais.

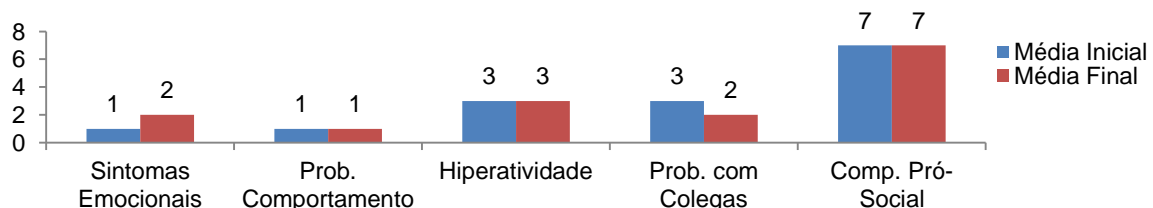


Gráfico 27: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's dos auxiliares – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 27, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelos auxiliares, as crianças não apresentaram diferenças nas pontuações em três subescalas: problemas de comportamento, hiperatividade e comportamento pró-social. Relativamente à subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, as crianças apresentaram pontuações inferiores após a intervenção, ao contrário do que se verificou ao nível dos sintomas emocionais.

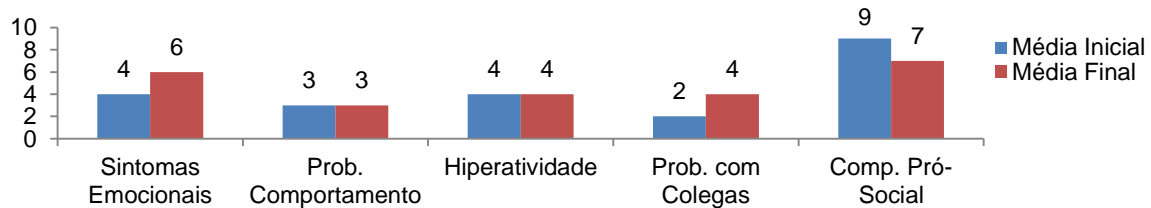


Gráfico 28: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's das crianças – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 28, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a autoavaliação feita pelas crianças, estas não apresentaram diferenças na subescala dos problemas de comportamento e da hiperatividade. Relativamente à subescala dos sintomas emocionais, dos problemas de relacionamento com os colegas e do comportamento pró-social, as pontuações foram inferiores após a intervenção.

Avaliação do Impacto do Programa

Nesta avaliação serão apresentadas as apreciações de 11 das 18 crianças que fizeram parte do grupo. Não serão apresentados os dados de sete crianças, uma vez que a maioria participou em apenas uma sessão. A avaliação do Impacto do Programa foi obtida através da Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (ver Anexo 28), preenchida pelas crianças no fim da intervenção, de forma autónoma ou com o auxílio dos educadores, auxiliares e estagiárias, no caso das crianças mais novas. Relativamente à utilidade da intervenção, todas as crianças consideraram que estas foram “giras e úteis”. Quanto ao facto de gostarem ou não das sessões, as 11 crianças avaliadas referiram que gostaram muito das sessões. Em relação à avaliação dos quatro momentos distintos da sessão, a maioria das crianças gostou de igual forma (“Gostei muito”) dos quatro momentos. As restantes crianças apontaram as atividades e a relaxação como os momentos prediletos da sessão, revelando gostar menos do diálogo inicial e final. No que concerne às aprendizagens efetuadas ao longo da intervenção, podemos observar as perceções das crianças face às mesmas no gráfico 29.

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

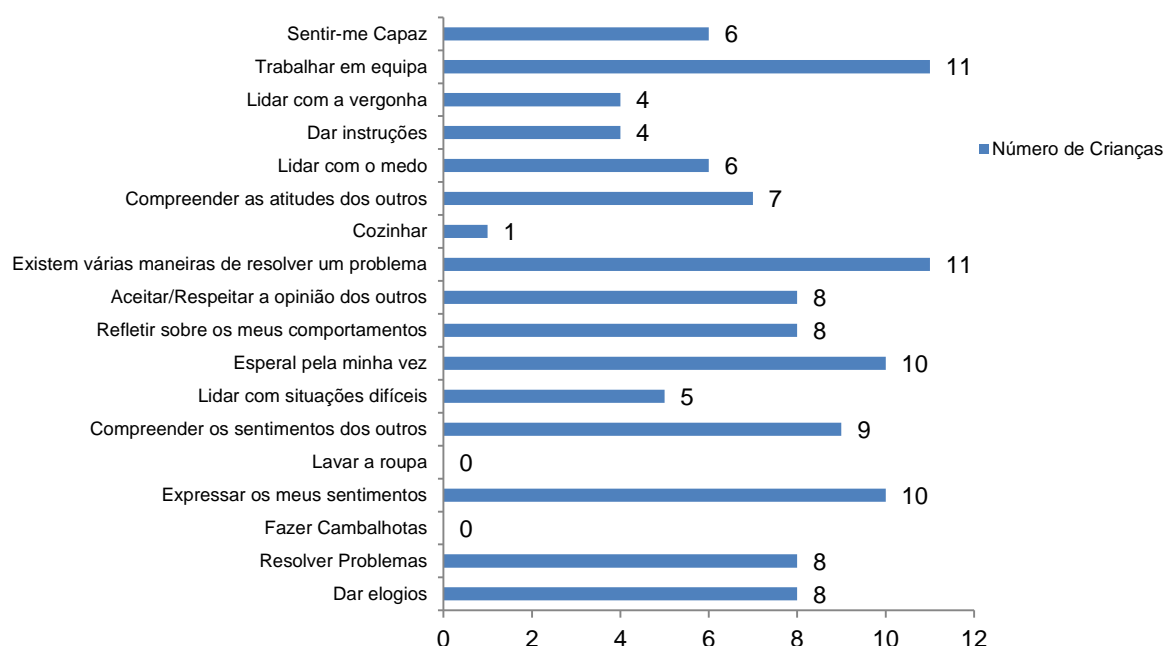


Gráfico 29: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Casa da Fonte

Como se pode analisar pelo gráfico 29, as crianças elegeram como principais aprendizagens adquiridas o “expressar os meus sentimentos”, o “esperar pela minha vez”, o “existem várias maneiras de resolver um problema” e o “trabalhar em equipa”. Alguns itens deste gráfico, como o “fazer cambalhotas”, o “lavar roupa” e o “cozinhar”, serviram apenas como variáveis de controlo.

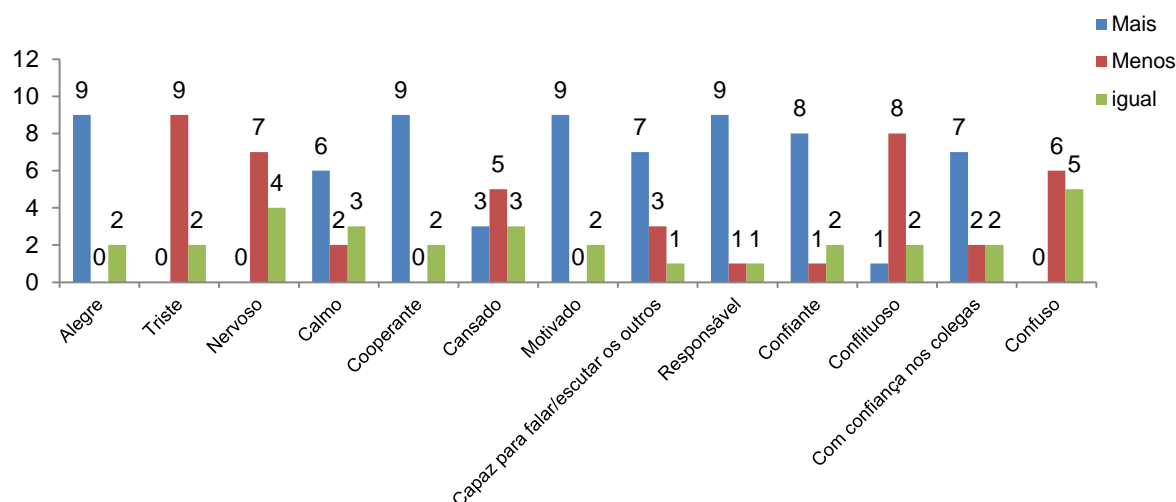


Gráfico 30: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 30, pode-se verificar que após a intervenção, a maioria das crianças considerou estar mais alegre, confiante e motivada, revelando assim uma percepção positiva do seu estado psicológico. Convém ainda salientar que a maioria das crianças considerou estar menos triste, nervosa e conflituosa após a intervenção.

Serão agora apresentados os resultados do impacto do programa de três das quatro crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, uma vez que não foi

possível obter a apreciação do Fa. Analisando os resultados das três crianças que participaram em mais sessões, pode-se afirmar que todas consideraram as sessões “giras e úteis”. Relativamente ao facto de terem gostado das sessões, as três crianças referiram ter gostado “muito”. Quanto ao momento mais apreciado da sessão duas crianças referiram ter gostado muito dos quatro momentos distintos, enquanto que uma indicou ter gostado “mais ou menos” dos diferentes momentos. Relativamente às aprendizagens efetuadas durante a intervenção, estas crianças atribuem maior importância à capacidade de resolver um problema, de expressar sentimentos, de refletir sobre os comportamentos e de trabalhar em equipa. Tal como a maioria do grupo, estas três crianças referiram sentir-se mais alegres, motivadas e confiantes, após as sessões sentindo-se igualmente menos tristes, conflituosas, e confusas.

Quando questionadas se voltariam a participar nestas sessões, 11 responderam que sim, uma vez que as sessões eram giras e aprenderam coisas novas. Relativamente à questão “recomendariam estas sessões aos amigos”, dez crianças responderam que sim, e apenas uma respondeu que não, referindo “que era muito difícil estar longe dos pais”.

3.7.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1 de Caselas – Grupo 1

De seguida encontram-se os resultados da avaliação inicial e final das crianças do grupo 1 da Psicomotricidade na Escola, obtidos através do SDQ preenchido pelos professores, pelos pais e por quatro das sete crianças do grupo, já que as restantes três não tinham idade, nem maturidade para responder ao SDQ. No gráfico 31 podemos verificar os valores médios iniciais, das 5 subescalas do SDQ, dos professores, pais e crianças, que serviram de base à definição dos objetivos de intervenção.

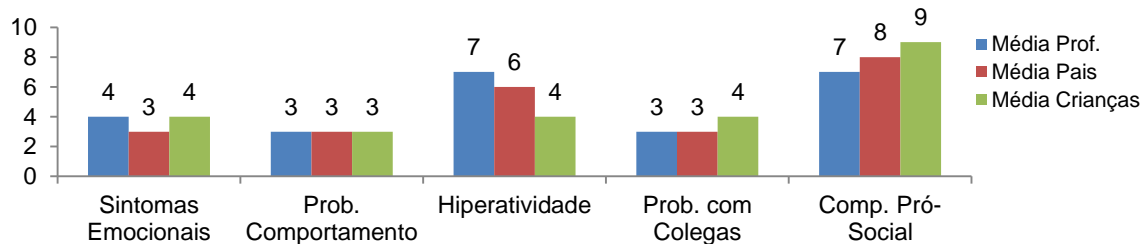


Gráfico 31: Valores médios iniciais obtidos pelos SDQ's dos professores, dos pais e das crianças – Grupo 1

Como se pode observar no gráfico 31, apenas a escala dos sintomas emocionais e do comportamento pró-social se encontravam, segundo as três fontes de avaliação, dentro da normalidade (ver quadro 9). Relativamente à escala dos problemas de comportamento, segundo os professores e os pais, as crianças encontravam-se no nível “limítrofe” e de acordo com a autoavaliação das próprias crianças, estas encontravam-se no nível “normal”. Quanto à escalada hiperatividade, apenas as crianças apresentavam valores dentro da normalidade, enquanto que, de acordo com os professores, estas apresentavam valores de nível “anormal” e segundo os pais as crianças estavam no nível “limítrofe”. Por fim, e em relação à escala dos problemas de relacionamento com os colegas, segundo os professores as crianças estavam no nível “normal”, enquanto que, de acordo com a avaliação dos pais e das próprias crianças, estas apresentavam valores de nível “limítrofe”.

Todas as categorias apresentadas (normal, limítrofe, anormal) encontram-se aferidas para a população portuguesa, como podemos observar no quadro 9.

As sessões com este grupo foram marcadas pela ocorrência de algumas rivalidades entre as crianças, que se prendem com o facto de os elementos que formavam o grupo serem de turmas diferentes, além disso havia crianças que tentavam assumir a posição de líder do grupo. Não obstante este facto, o grupo evolui de forma positiva e no final da intervenção, as crianças revelaram-se mais cooperativas, demonstrando simultaneamente

uma comunicação mais eficaz e uma melhor capacidade de gestão de conflitos e resolução de problemas.

Avaliação Inicial e Final dos Professores – Grupo 1

Neste ponto serão apresentados os dados do SDQ dos professores, obtidos através da avaliação inicial e final das sete crianças do grupo. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais. No gráfico 32 podemos verificar os valores da subescala dos sintomas emocionais.

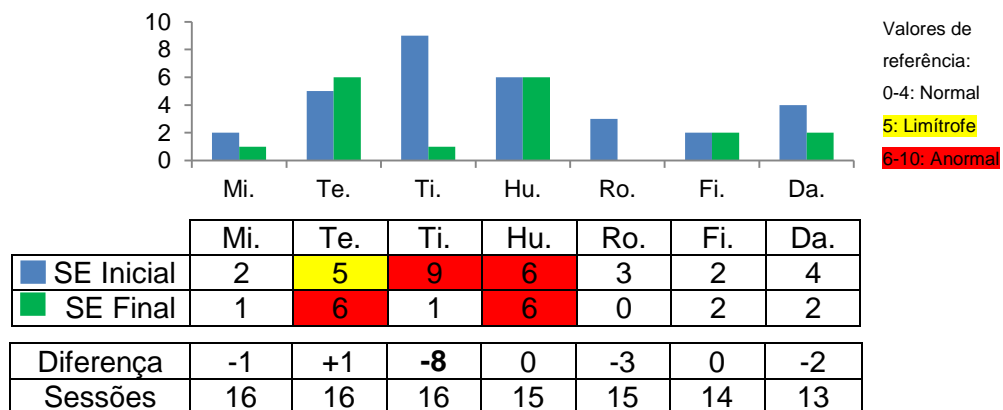


Gráfico 32: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 32, podemos verificar que segundo os professores, antes da intervenção quatro crianças estavam no nível “normal”, uma no “limítrofe” e duas no “anormal”. Após a intervenção, três crianças melhoraram os seus resultados, uma piorou e duas mantiveram os resultados iniciais, perfazendo um total de cinco crianças no nível “normal” e duas crianças no “anormal”.

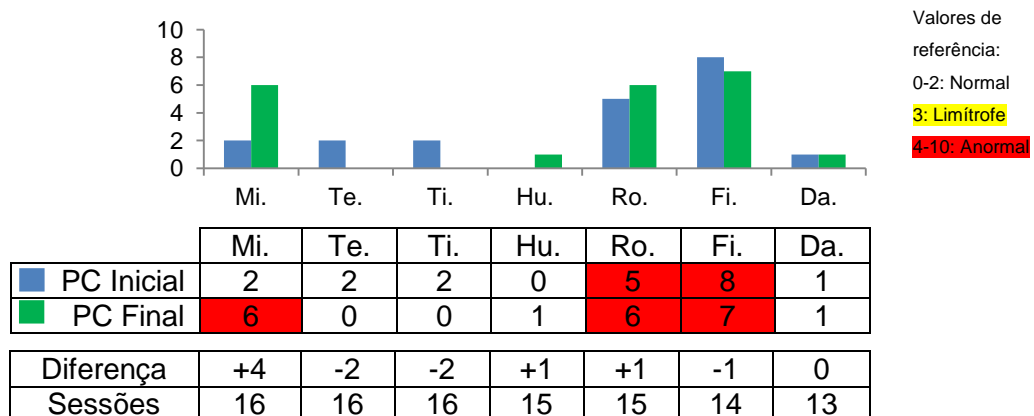


Gráfico 33: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 33, na avaliação inicial cinco crianças estavam no nível “normal” e duas no nível “anormal”. Após a intervenção, passaram a existir quatro crianças no nível “normal” e três no nível “anormal”.

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

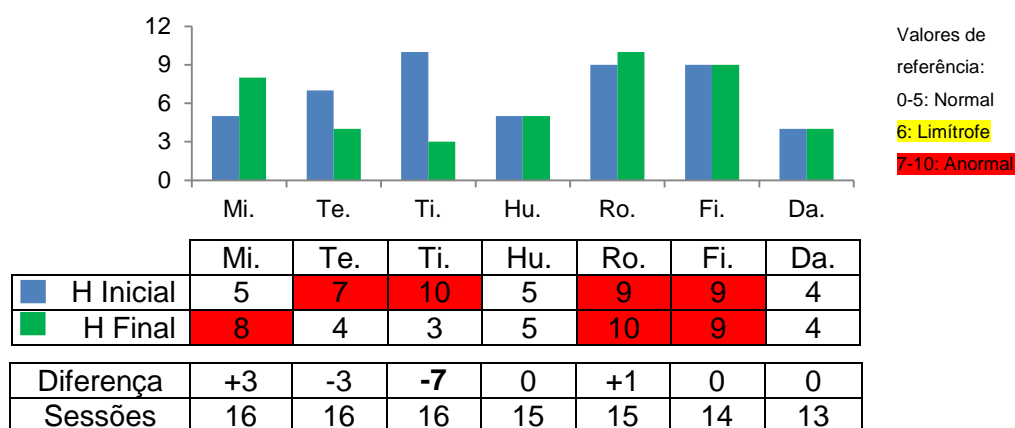


Gráfico 34: Avaliação inicial e final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 34, verifica-se que inicialmente e segundo os professores, havia três crianças no nível “normal” e quatro no nível “anormal”. Após a intervenção o número de crianças no nível “normal” subiu para quatro e no nível “anormal” desceu para três.

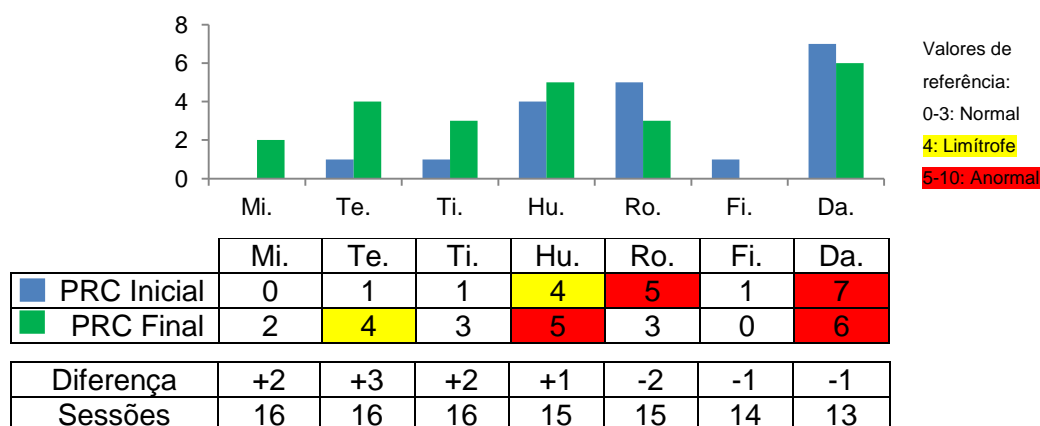


Gráfico 35: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1

Analisando agora o gráfico 35, podemos verificar que segundo os professores, inicialmente quatro crianças encontravam-se no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” e duas no nível “anormal”, valores que se mantiveram após a intervenção.

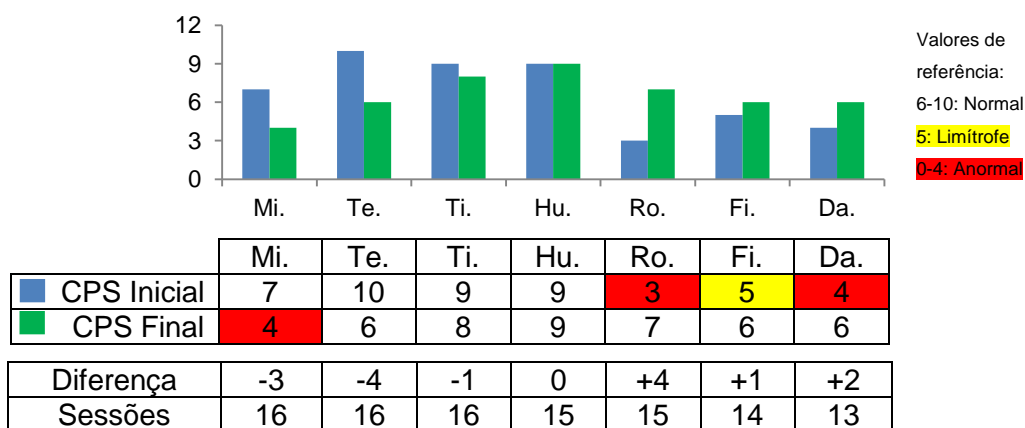


Gráfico 36: Avaliação inicial e final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 36, segundo os professores, antes da intervenção quatro crianças encontravam-se no nível “normal”, uma no “limítrofe” e duas no “anormal”. Após a intervenção o número de crianças no nível “normal” subiu para seis, deixaram de existir crianças no nível “limítrofe” e havia uma criança no nível “anormal”.

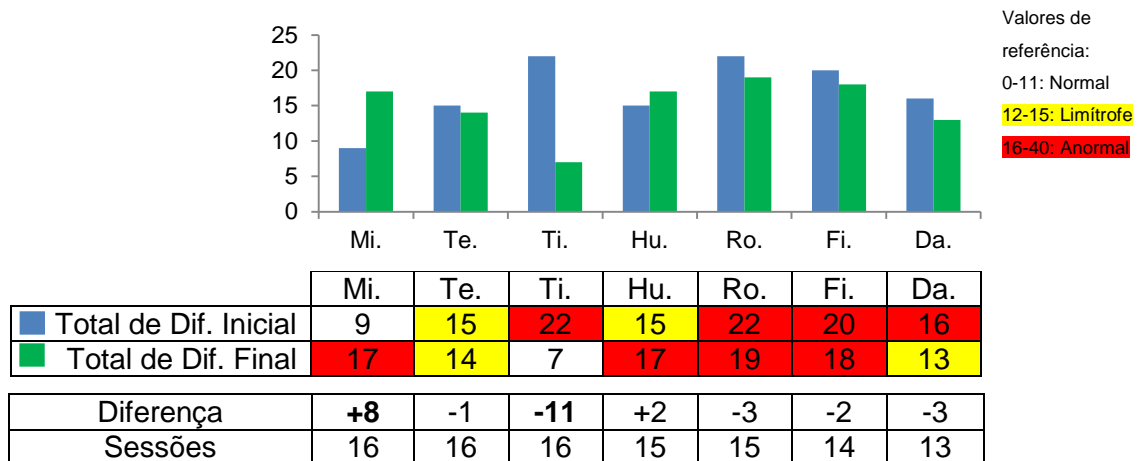


Gráfico 37: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 37, podemos verificar que, de acordo com os professores, cinco crianças apresentaram melhores resultados após a intervenção e duas apresentaram piores resultados. Inicialmente apenas uma criança apresentava valores de nível “normal”, duas apresentavam valores de nível “limítrofe” e quatro apresentavam valores de nível “anormal”. Após a intervenção o número de crianças em cada nível manteve-se.

Avaliação Inicial e Final dos Pais – Grupo 1

Neste ponto será abordada a avaliação dos pais relativamente às sete crianças do grupo. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais. No gráfico 38 podemos verificar os valores da subescala dos sintomas emocionais.

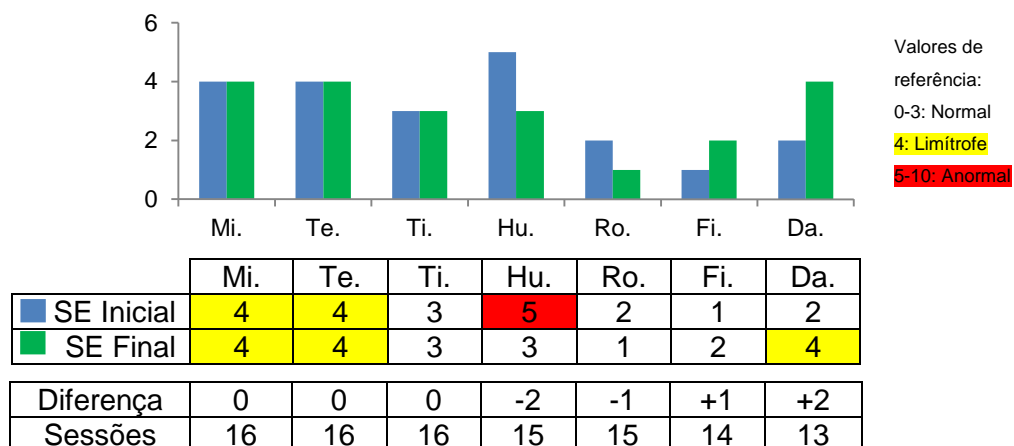


Gráfico 38: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 38, podemos verificar que, segundo os pais, inicialmente quatro crianças estavam no nível “normal”, duas no “limítrofe” e uma no “anormal”. Após a

intervenção, o número de crianças no nível normal manteve-se, subiu para três o número de crianças no nível “limítrofe” e deixaram de existir crianças no nível “anormal”.

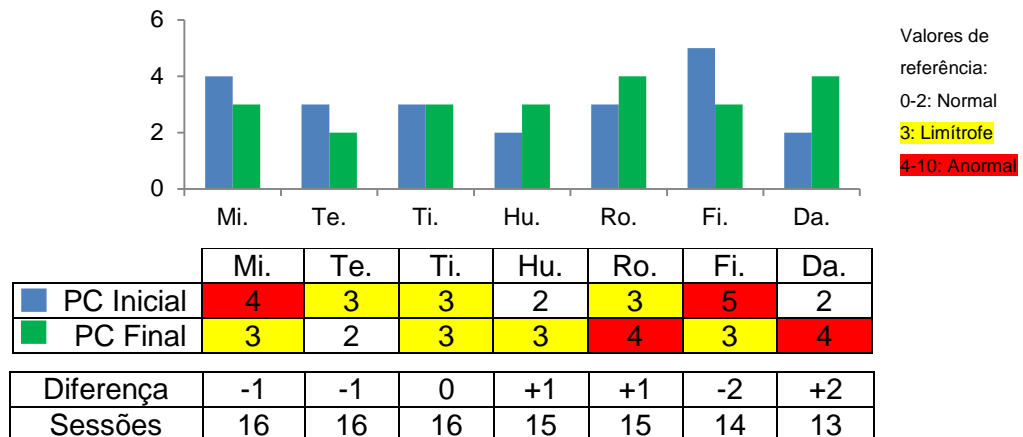


Gráfico 39: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 39, na avaliação inicial e segundo os pais, duas crianças encontravam-se no nível “normal”, três no nível “limítrofe” e duas no nível “anormal”. Após a intervenção, três crianças melhoraram, três pioraram e uma manteve os resultados iniciais, perfazendo um total de uma criança no nível “normal”, quatro no nível “limítrofe” e duas no nível “anormal”.

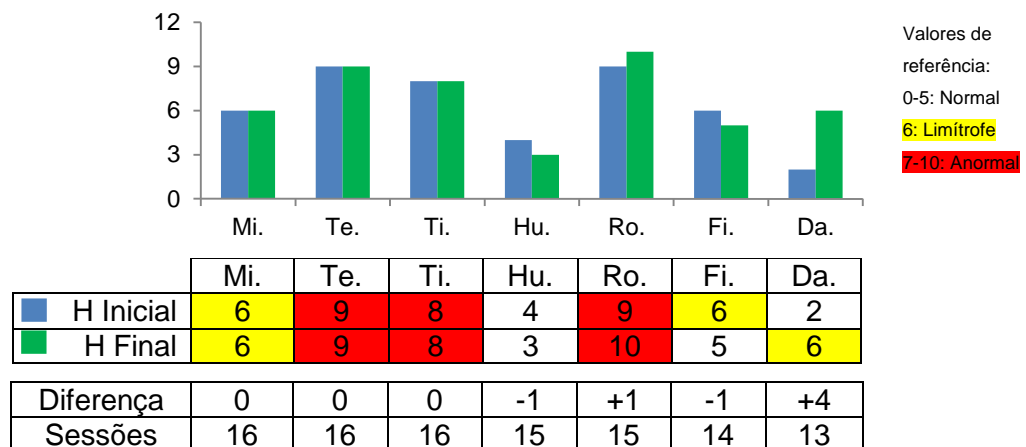
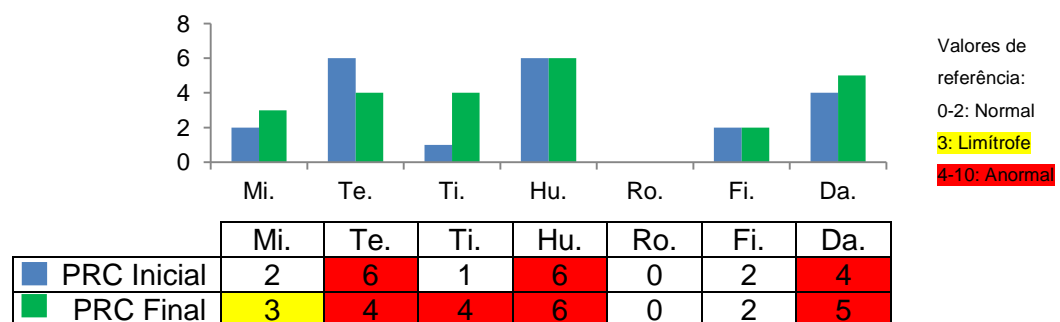


Gráfico 40: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 40, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção apenas duas crianças se encontravam no nível “normal”, duas no “limítrofe” e três no “anormal”, valores que se mantiveram após a intervenção.



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

Diferença	+1	-2	+3	0	0	0	+1
Sessões	16	16	16	15	15	14	13

Gráfico 41: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 41, podemos verificar que, antes da intervenção, havia quatro crianças no nível “normal” e três no nível “anormal” e após a intervenção duas crianças apresentaram valores de nível “normal”, uma apresentou valores de nível “limítrofe” e quatro apresentaram valores de nível “anormal”.

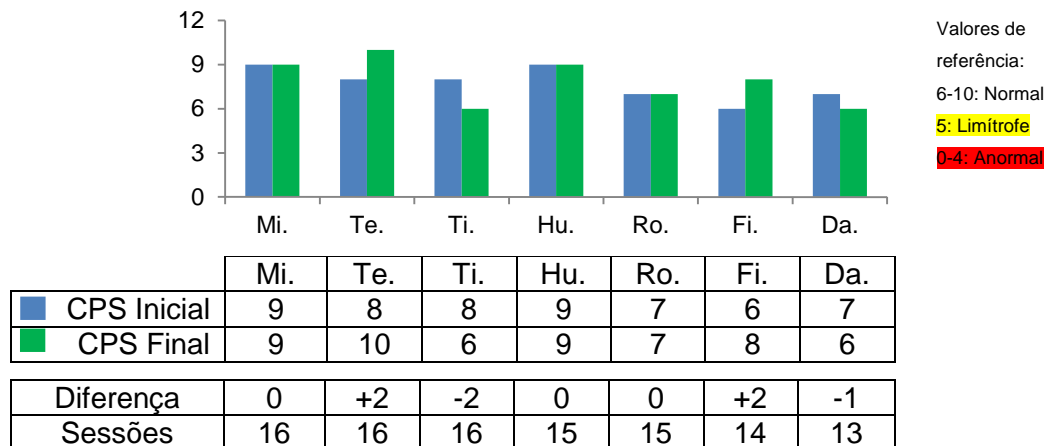


Gráfico 42: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 42, representativo da subescala do comportamento pró-social, inicialmente e segundo os pais, as sete crianças apresentavam valores de nível “normal”, o que se verificou também após a intervenção.

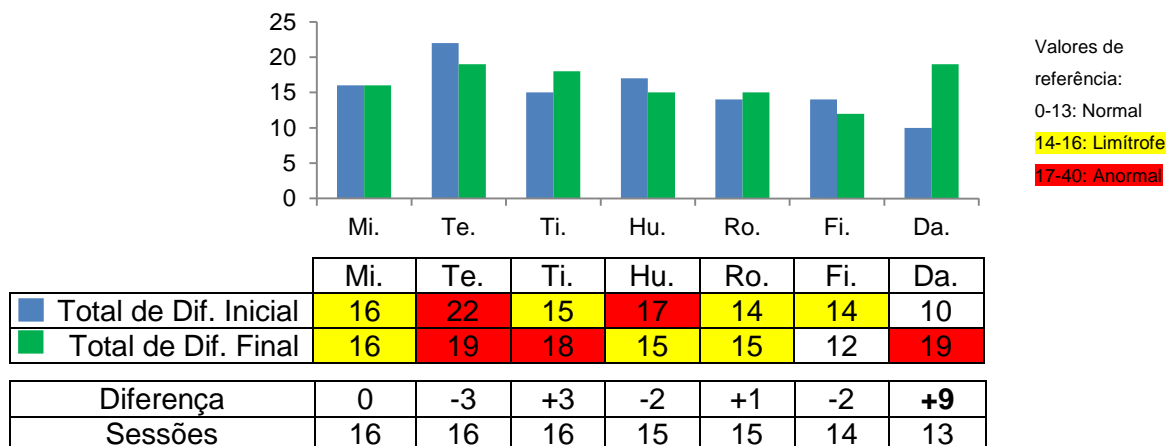


Gráfico 43: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 43, referente ao total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que, segundo os pais, antes da intervenção, apenas uma criança apresentava valores de nível “normal”, quatro apresentavam valores de nível “limítrofe” e duas apresentavam valores de nível “anormal”. Após a intervenção, três crianças melhoraram os seus resultados, três pioraram e uma manteve os resultados iniciais, perfazendo um total de uma criança no nível “normal”, três no nível “limítrofe” e três no nível “anormal”.

Avaliação Inicial e Final das Crianças – Grupo 1

Neste ponto serão apresentados os dados da avaliação inicial e final de quatro das sete crianças do grupo, uma vez que as restantes três não reúnem as condições necessárias ao preenchimento do SDQ. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e finais. No gráfico 44 podemos verificar os valores da subescala dos sintomas emocionais.

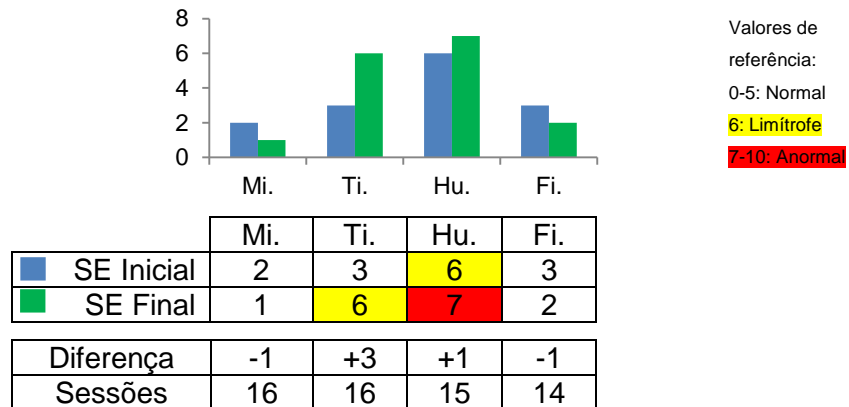


Gráfico 44: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 44, podemos verificar que inicialmente três crianças apresentavam valores de nível “normal” e uma de nível “limítrofe”. Após a intervenção duas crianças melhoraram os seus resultados e duas pioraram, perfazendo um total de duas crianças no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”.

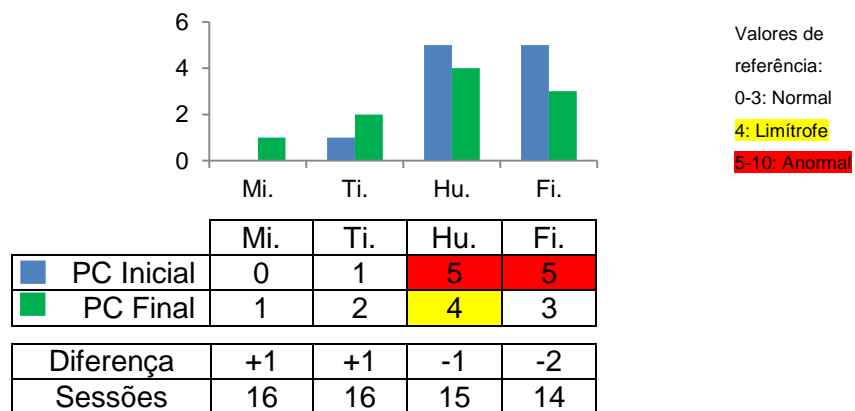
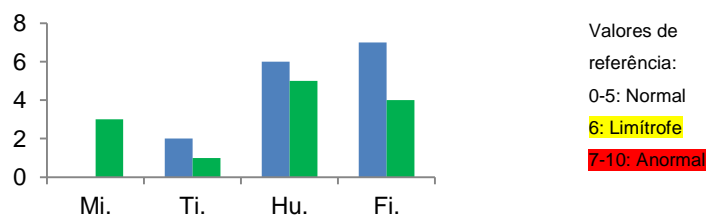


Gráfico 45: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1

Segundo a autoavaliação das crianças na subescala dos problemas de comportamento, é possível observar no gráfico 45 que, na avaliação inicial, duas crianças apresentavam valores de nível “normal” e duas de nível “anormal”. Após a intervenção, havia três crianças no nível “normal” e apenas uma no nível “limítrofe”, o que revela uma ligeira melhoria dos resultados após a intervenção.



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

	Mi.	Ti.	Hu.	Fi.
■ H Inicial	0	2	6	7
■ H Final	3	1	5	4
Diferença	+3	-1	-1	-3
Sessões	16	16	15	14

Gráfico 46: Avaliação inicial e final das crianças da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 46, representativo da subescala da hiperatividade, na avaliação inicial, duas crianças estavam no nível “normal”, uma no “limítrofe” e uma no “anormal”. Após a intervenção, todas as crianças apresentaram valores de nível “normal”, o que representa uma melhoria significativa dos resultados após a intervenção.

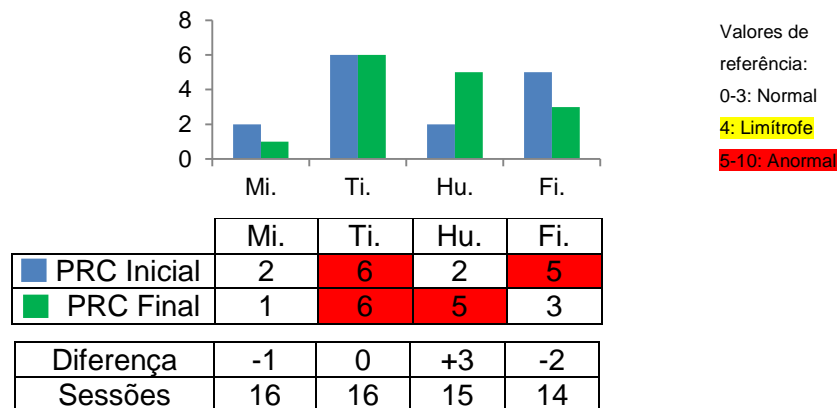


Gráfico 47: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 47, representativo da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, verifica-se que, inicialmente duas crianças apresentavam valores de nível “normal” e duas de nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças em cada nível manteve-se.

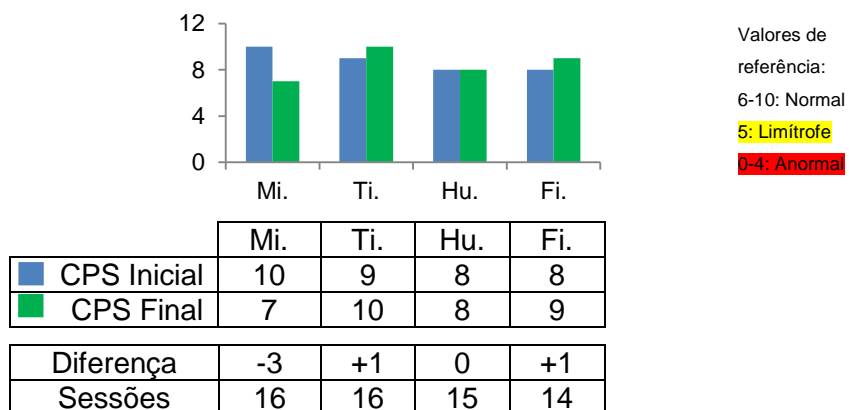


Gráfico 48: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1

Segundo os dados do gráfico 48, podemos verificar que, tanto na avaliação inicial como na final, todas as crianças obtiveram valores de nível “normal”, apesar de se observarem ligeiras alterações nos resultados após a intervenção. Estas alterações ocorreram maioritariamente no sentido positivo, uma vez que, de acordo com a autoavaliação se revelaram melhorias em três das quatro crianças.

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

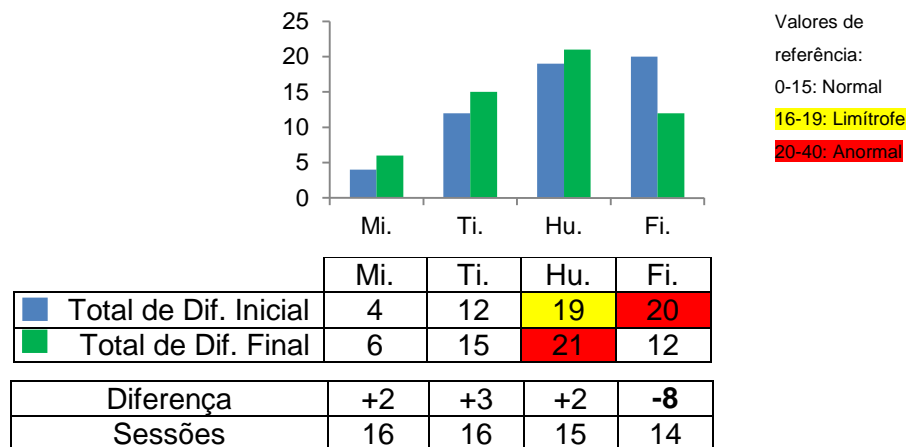


Gráfico 49: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1

Através da análise do gráfico 49, podemos verificar que, na avaliação inicial, duas crianças apresentavam valores “normais”, uma apresentava valores “limitrofes” e outra apresentava valores “anormais”. Após a intervenção uma criança melhorou os resultados iniciais e três pioraram, perfazendo um total de três crianças no nível “normal” e uma no nível “anormal”. Convém referir que o Fi., passou para o nível “normal” após a intervenção, tendo inicialmente valores representativos do nível “anormal”. Em seguida serão apresentados os gráficos relativos aos valores médios iniciais e finais do grupo, das cinco subescalas do SDQ, obtidos através das três fontes de avaliação.

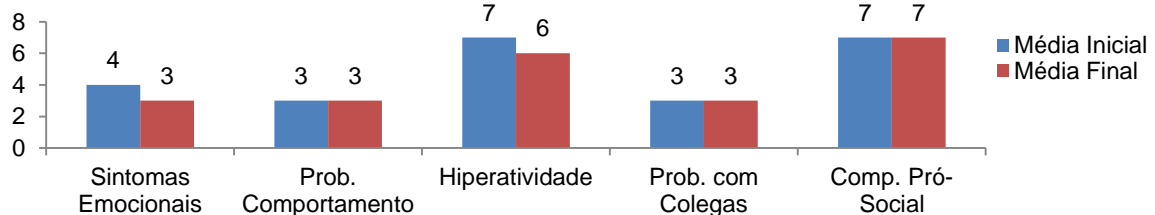


Gráfico 50: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's dos professores – Grupo 1

Analisando o gráfico 50, relativo à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, de acordo com a avaliação feita pelos professores, as crianças apresentaram pontuações inferiores na subescala dos sintomas emocionais e da hiperatividade. Convém ainda referir que as crianças não apresentaram diferenças nas pontuações na subescala dos problemas de comportamento, dos problemas de relacionamento com os colegas e do comportamento pró-social.

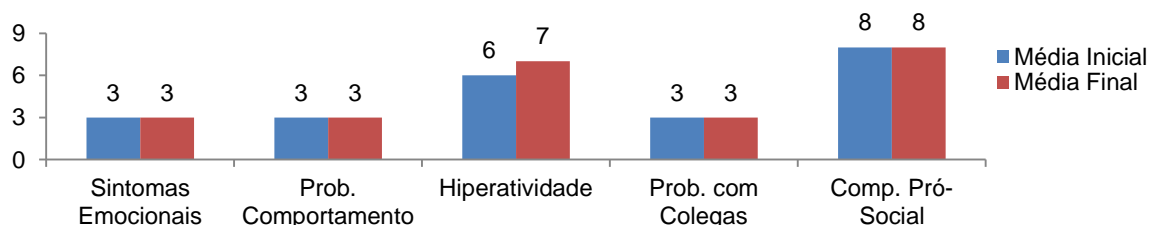


Gráfico 51: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's dos pais – Grupo 1

Analisando o gráfico 51, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelos pais, as crianças só apresentaram diferenças na subescala da hiperatividade, onde a pontuação média após

a intervenção piorou. Nas restantes subescalas, não se verificaram diferenças entre os valores médios iniciais e finais.

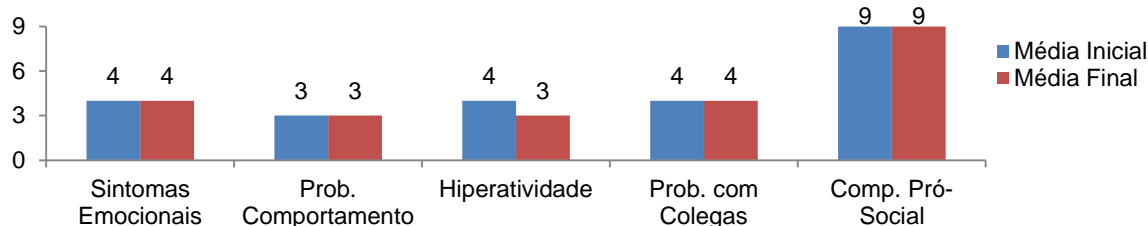


Gráfico 52: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's das crianças – Grupo 1

Analisando o gráfico 52, relativo à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, segundo a avaliação feita pelas crianças, estas só apresentaram melhorias ao nível da hiperatividade. Nas restantes subescalas, os valores médios iniciais mantiveram-se após a intervenção.

Avaliação do Impacto do Programa

Neste ponto serão apresentadas as apreciações, das sete crianças, sobre a intervenção. No que se refere à utilidade da intervenção, todas as crianças consideraram que estas foram “giras e úteis”, e todas gostaram “muito” das sessões.

Quanto à avaliação dos quatro momentos distintos da sessão, as sete crianças gostaram de igual forma (“Gostei muito”) dos quatro momentos. No que concerne às aprendizagens efetuadas ao longo da intervenção, podemos observar as perceções das crianças face às mesmas no gráfico 53.

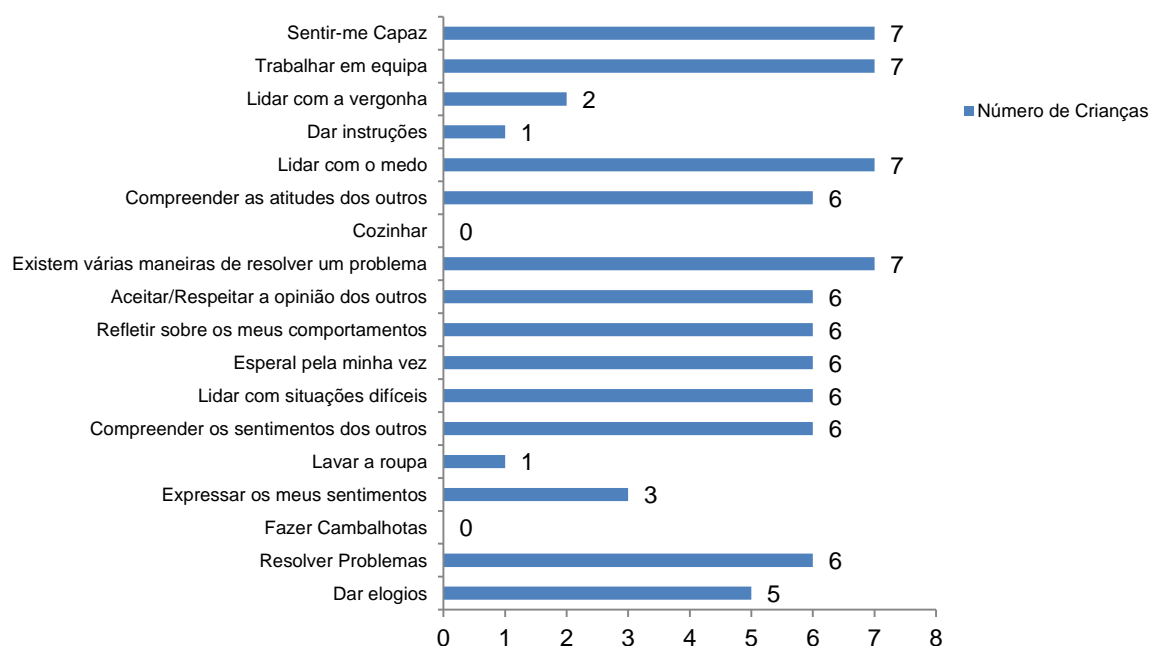


Gráfico 53: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Grupo 1

Como se pode analisar pelo gráfico 53, as crianças elegeram como principais aprendizagens adquiridas o “existem várias maneiras de resolver um problema”, o “lidar com o medo”, o “trabalhar em equipa” e o “sentir-se capaz”. Alguns itens deste gráfico, como o “fazer cambalhotas”, o “lavar roupa” e o “cozinhar”, serviram apenas como variáveis de controlo.

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

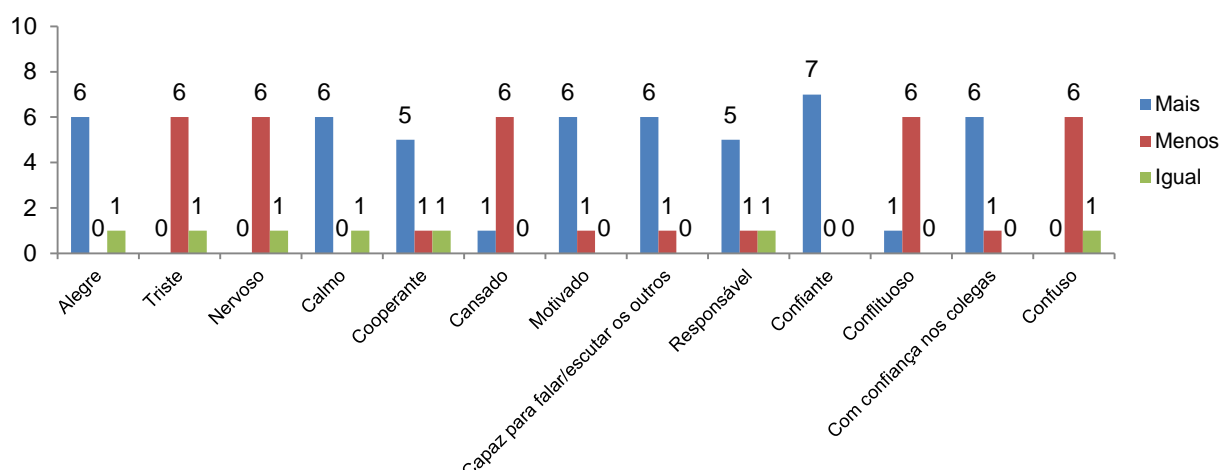


Gráfico 54: Percepção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Grupo 1

Analisando o gráfico 54, pode-se verificar que após a intervenção a maioria das crianças considerou estar mais alegre, calma, motivada e confiante, revelando assim uma percepção positiva do seu estado psicológico. Verificamos ainda que a maioria das crianças considerou estar menos triste, nervosa e confusa após a intervenção.

Quando questionadas se voltariam a participar nestas sessões, as sete crianças do grupo responderam que sim, uma vez que as sessões eram divertidas e tinham aprendido muitas coisas ao longo das mesmas. Relativamente à questão “recomendariam estas sessões aos amigos”, as sete crianças responderam afirmativamente.

3.7.3. Psicomotricidade na Escola E.B.1 Os Moinhos do Restelo – Grupo 4

De seguida encontram-se os resultados da avaliação inicial e final das crianças do grupo 4 da Psicomotricidade na Escola, obtidos através do questionário SDQ preenchido pelos professores, pelos pais e por uma das crianças, já que as restantes não tinham idade para responder ao referido questionário. Os resultados obtidos permitiram definir os objetivos a trabalhar ao longo da intervenção. Convém ainda referir que inicialmente o grupo era constituído por sete crianças, no entanto devido à desistência de um aluno por razões pessoais, o número total de elementos passou a ser seis. Tendo em conta o número reduzido de presenças nas sessões e o facto de não ter sido possível obter a avaliação final desta criança, serão apenas apresentados os resultados de seis crianças. No gráfico 55 podemos verificar os valores médios, das 5 subescalas do SDQ, referentes ao grupo inicial.

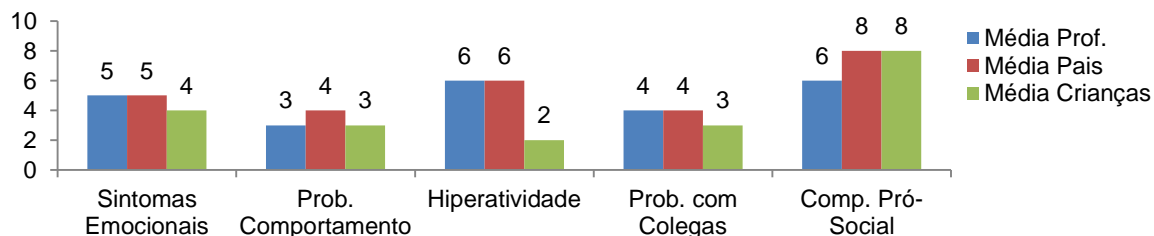


Gráfico 55: Valores médios do grupo inicial obtidos pelos SDQ's dos pais, dos professores e das crianças – Grupo 4

Como se pode observar no gráfico 55, apenas a escala do comportamento pró-social se encontrava, segundo as três fontes de avaliação, dentro da normalidade (ver quadro 9). Relativamente à escala dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento e

dos problemas de relacionamento com os colegas, segundo os professores as crianças encontravam-se no nível “limítrofe”, de acordo com os pais estas encontravam-se no nível “anormal” e por fim, as próprias crianças autoavaliaram-se no nível “normal”. Por último, relativamente à escala da hiperatividade, apenas as crianças se autoavaliaram no nível “normal”, enquanto que segundo os professores e os pais, as crianças apresentavam valores de nível “limítrofe”.

Todas as categorias apresentadas (normal, limítrofe, anormal) encontram-se aferidas para a população portuguesa, como podemos observar no quadro 9.

As sessões com este grupo evoluíram de uma forma positiva, tendo em conta que havia crianças no grupo que já tinham frequentado as sessões de Psicomotricidade no ano letivo anterior, o que facilitou o desenvolvimento das sessões, o cumprimento das regras e a concretização dos objetivos. Além disso, verificou-se neste grupo uma interajuda constante e uma boa relação entre as crianças, o que permitiu a coesão do grupo. Convém ainda referir que o interesse e a disponibilidade dos professores, foram uma mais-valia e que todos estes fatores conjugados, se traduziram em progressos alcançados pelas crianças do grupo após a intervenção.

Avaliação Inicial e Final dos Professores – Grupo 4

Neste ponto serão apresentados os dados do SDQ dos professores, obtidos através da avaliação inicial e final de seis crianças do grupo. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais. No gráfico 56 podemos verificar os valores da subescala dos sintomas emocionais.

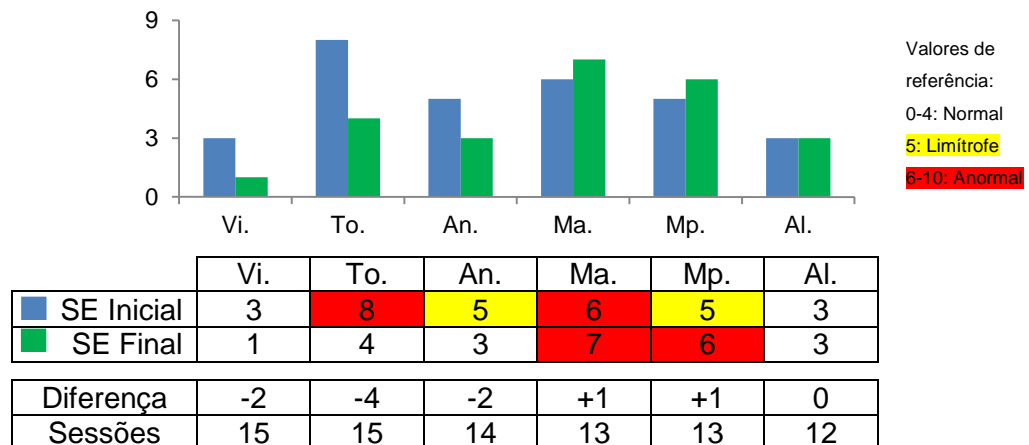
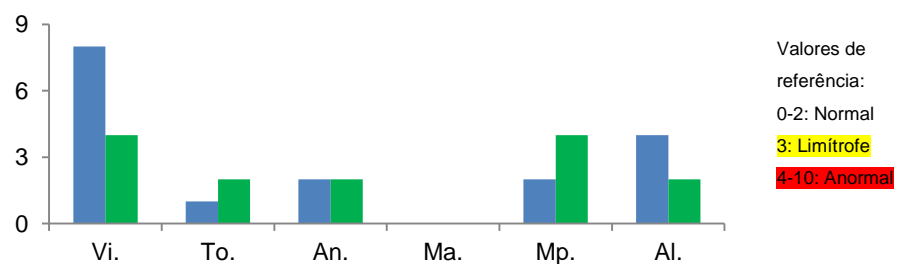


Gráfico 56: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 56 podemos verificar que, segundo os professores, antes da intervenção apenas duas crianças apresentavam valores “normais”, duas apresentavam valores “limítrofes” e duas apresentavam valores “anormais”. Após a intervenção, quatro crianças apresentaram valores de nível “anormal” e duas apresentaram valores de nível “anormal”.



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

	Vi.	To.	An.	Ma.	Mp.	Al.
PC Inicial	8	1	2	0	2	4
PC Final	4	2	2	0	4	2
Diferença	-4	+1	0	0	+2	-2
Sessões	15	15	14	13	13	12

Gráfico 57: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4

Como é possível observar no gráfico 57, relativo à subescala dos problemas de comportamento, na avaliação inicial, quatro crianças encontravam-se no nível “normal” e duas no nível “anormal”, números que se mantiveram na avaliação final.

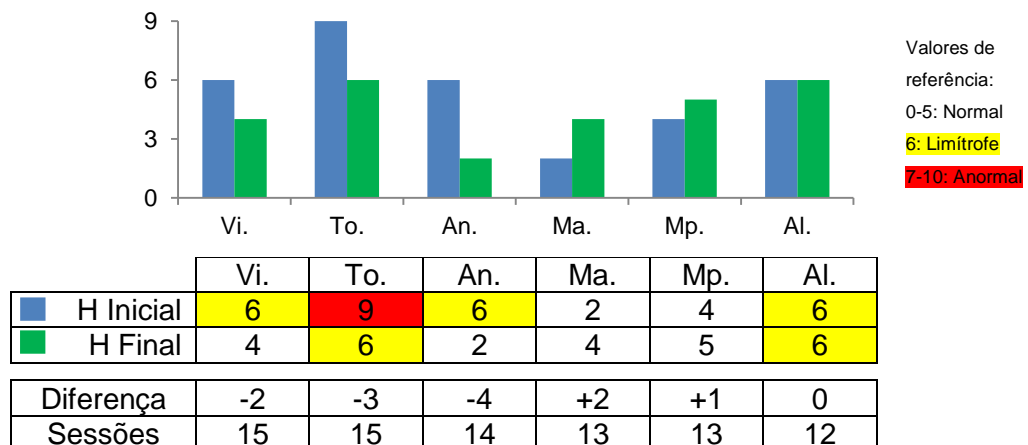


Gráfico 58: Avaliação inicial e final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4

Analisando agora o gráfico 58, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção apenas duas crianças se encontravam no nível “normal”, três no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” subiu para quatro, no nível “limítrofe” desceu para duas e deixaram de existir crianças no nível “anormal”, o que revela melhores resultados após a intervenção.

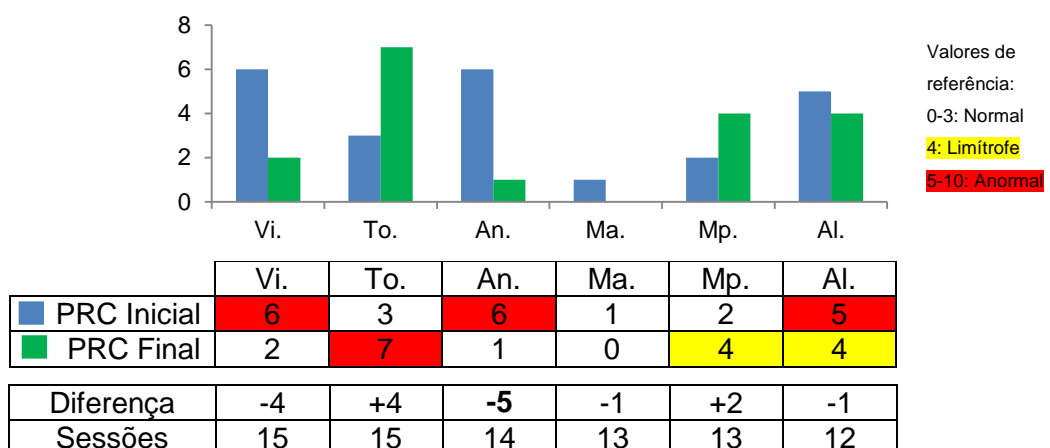


Gráfico 59: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4

Como é possível verificar através da análise do gráfico 59, representativo da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, segundo os professores, inicialmente havia três crianças no nível “normal” e três no nível “anormal”. Após a intervenção três

crianças apresentaram valores de nível “normal”, duas de nível “limítrofe” e apenas uma apresentou valores de nível “anormal”.

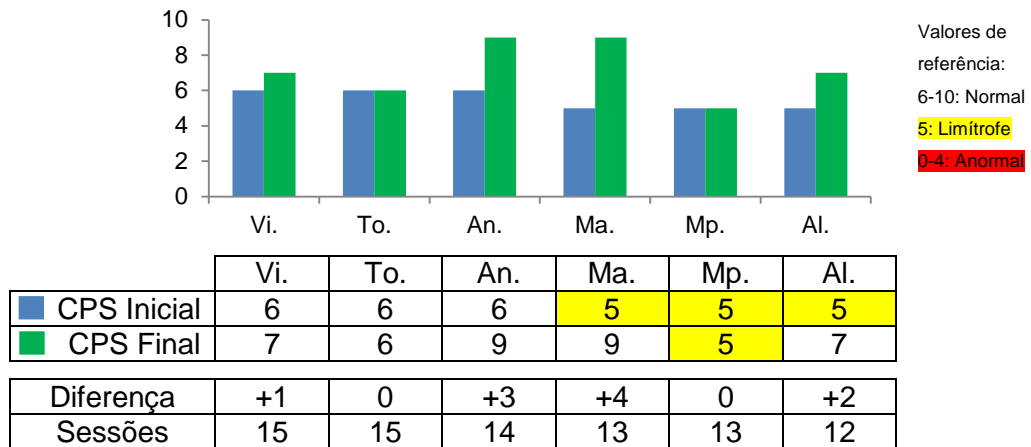


Gráfico 60: Avaliação inicial e final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 60, podemos verificar que, segundo os professores, quatro crianças apresentaram melhores resultados após a intervenção, enquanto que duas mantiveram os resultados iniciais. Antes da intervenção três crianças apresentavam valores de nível “normal” e três de nível “limítrofe” e após a intervenção passaram a ser cinco crianças no nível “normal” e apenas uma no nível “limítrofe”.

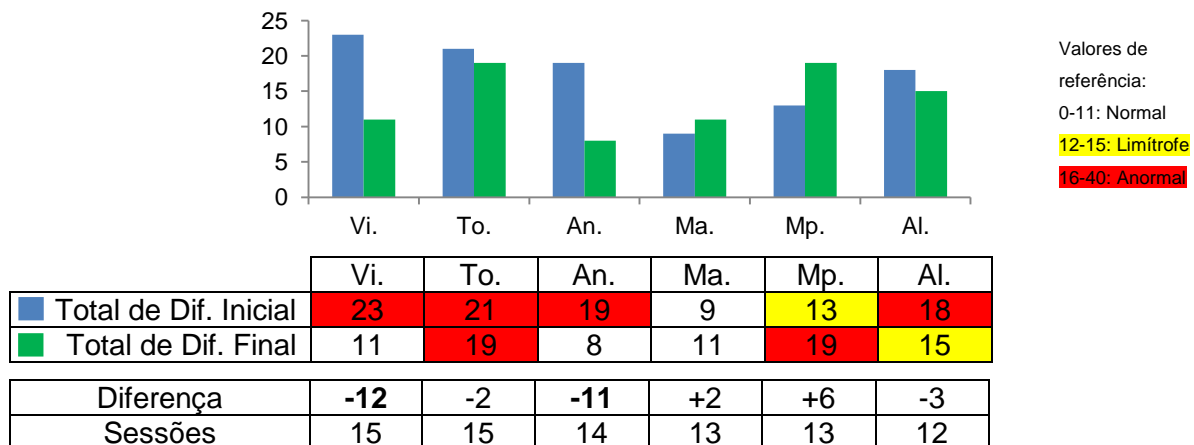


Gráfico 61: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4

Como é possível verificar através da análise do gráfico 61, relativo ao total de dificuldades do SDQ, segundo os professores, quatro crianças apresentaram melhores resultados após a intervenção, enquanto que duas crianças apresentaram piores resultados. Inicialmente e de acordo com os professores, apenas uma criança se encontrava no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” e as restantes quatro crianças no nível “anormal”. Após a intervenção, três crianças apresentaram valores de nível “normal”, uma de nível “limítrofe” e duas de nível “anormal”. Convém ainda referir que a Ma., apesar de não preencher um dos requisitos para entrar na Psicomotricidade (Pontuação Total de Dificuldades igual ou superior a 12 pontos de acordo com o Professor), entrou já depois de o grupo estar formado, por solicitação da Professora e com o consentimento das estagiárias.

Avaliação Inicial e Final dos Pais – Grupo 4

Neste ponto, será abordada a avaliação das seis crianças já referidas anteriormente. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais. No gráfico 62 podemos verificar os valores da subescala dos sintomas emocionais.

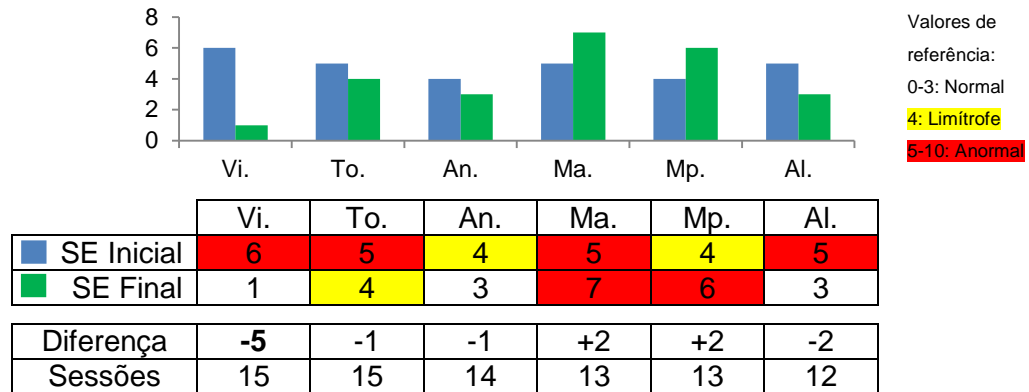


Gráfico 62: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 62, podemos verificar que, de acordo com os pais, antes da intervenção, duas crianças apresentavam valores de nível “limítrofe” e quatro de nível “anormal”. Após a intervenção, quatro crianças melhoraram e duas pioraram os resultados iniciais, perfazendo um total de três crianças no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” e duas no nível “anormal”.

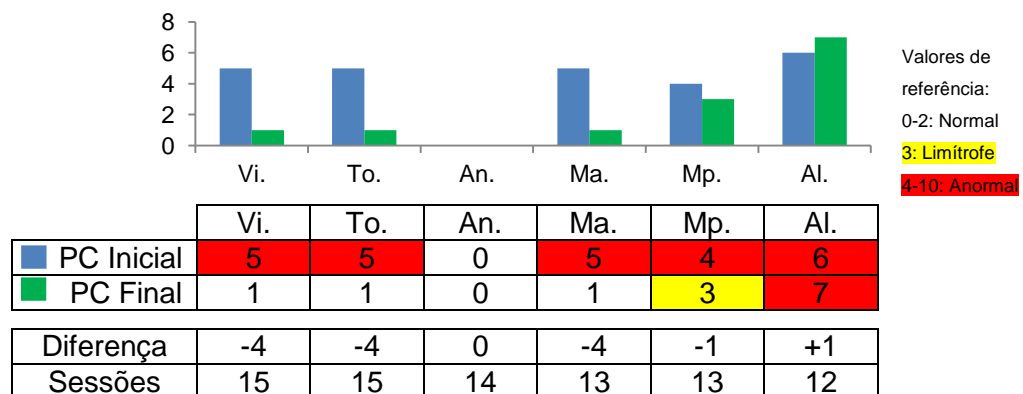
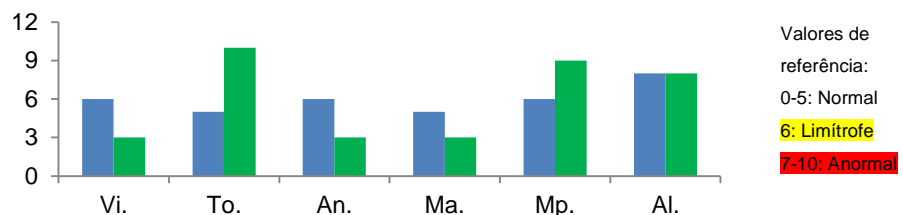


Gráfico 63: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4

Como é possível observar no gráfico 63, que contém os resultados da subescala dos problemas de comportamento, inicialmente, apenas uma criança se encontrava no nível “normal”, estando as restantes no nível “anormal”. Após a intervenção, quatro crianças melhoraram, uma piorou e uma manteve os resultados iniciais, perfazendo um total de quatro crianças no nível “normal”, uma no nível “limítrofe” e uma no nível “anormal”.



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

	Vi.	To.	An.	Ma.	Mp.	Al.
H Inicial	6	5	6	5	6	8
H Final	3	10	3	3	9	8
Diferença	-3	+5	-3	-2	+3	0
Sessões	15	15	14	13	13	12

Gráfico 64: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 64, verifica-se inicialmente e segundo os pais, duas crianças encontravam-se no nível “normal”, três no “limítrofe” e uma no “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” aumentou para três, deixaram de existir crianças no nível “limítrofe” e no nível “anormal” o número de crianças também aumentou para três.

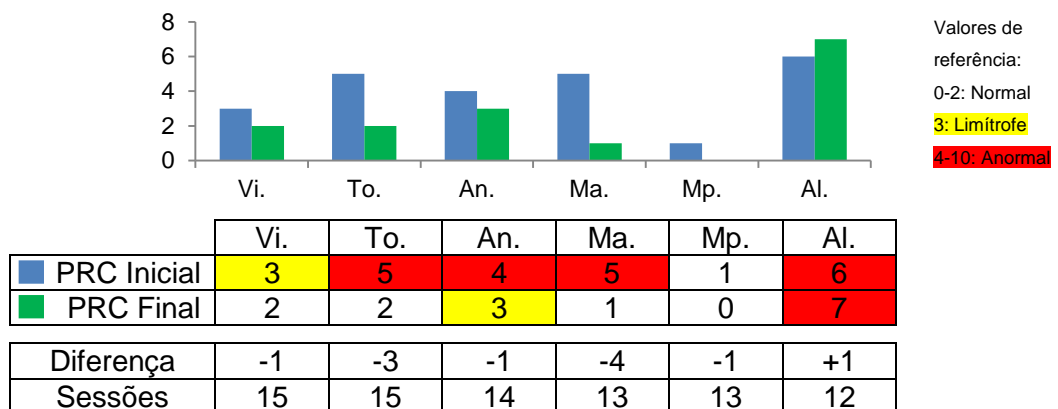


Gráfico 65: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4

Analisando agora o gráfico 65, podemos verificar que, segundo os pais, cinco crianças apresentaram melhorias ao nível do relacionamento com os colegas e apenas uma apresentou piores resultados após a intervenção. Inicialmente, apenas uma criança apresentava valores de nível “normal”, uma de nível “limítrofe” e quatro de nível “anormal”. Após a intervenção, quatro crianças apresentaram valores de nível “normal”, uma de nível “limítrofe” e uma de nível “anormal”.

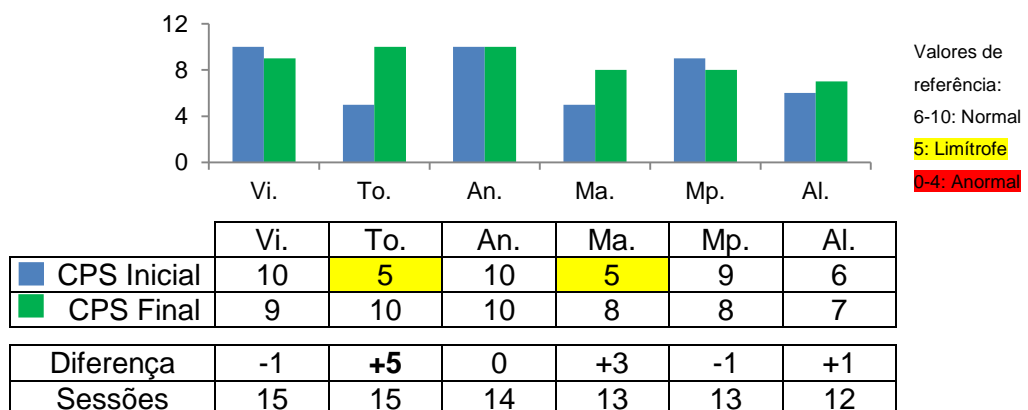


Gráfico 66: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4

Como é possível observar no gráfico 66, segundo os pais, antes da intervenção quatro crianças apresentavam valores de nível “normal” e duas de nível “limítrofe”. Após a intervenção, três crianças melhoraram os seus resultados, uma manteve e duas

pioraram, no entanto todas apresentaram valores de nível “normal”, o que representa uma melhoria significativa após a intervenção.

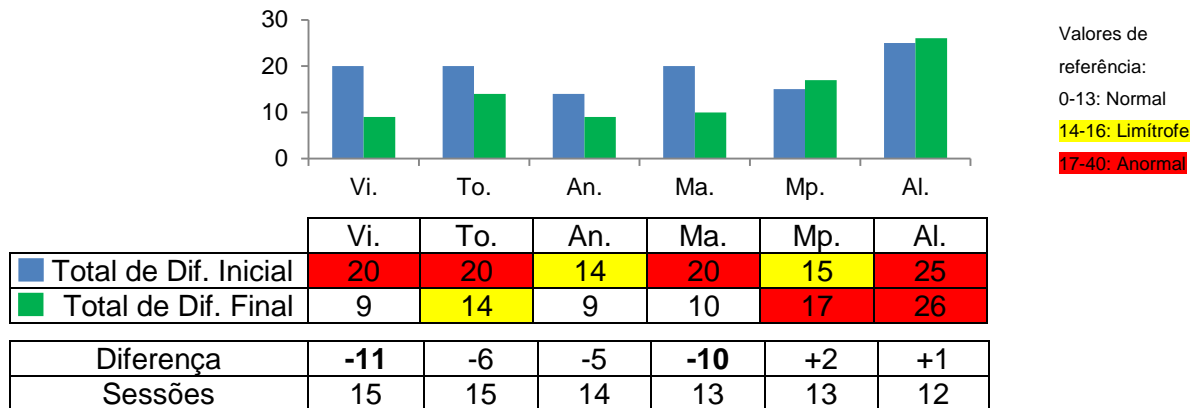


Gráfico 67: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 67, referente ao total de dificuldades, verifica-se que, inicialmente e de acordo com os pais, duas crianças apresentavam valores “limitrofes” e quatro valores “anormais”. Após a intervenção, quatro crianças melhoraram os resultados iniciais e duas pioraram, perfazendo um total de três crianças no nível “normal”, uma no “limitrofe” e duas no “anormal”. De uma forma geral, podemos afirmar que estes resultados, mostram a existência de melhorias significativas após a intervenção.

Avaliação Inicial e Final da Criança – Grupo 4

Neste ponto serão apresentados os dados do SDQ – versão crianças, obtidos através da avaliação inicial e final de uma criança do grupo, uma vez que as restantes crianças não tinham idade, nem maturidade para responderem ao SDQ. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais. Tendo em conta que nesta avaliação foi contemplada apenas uma criança, serão apresentados no mesmo gráfico os valores de todas as subescalas e do total de dificuldades do Vi.

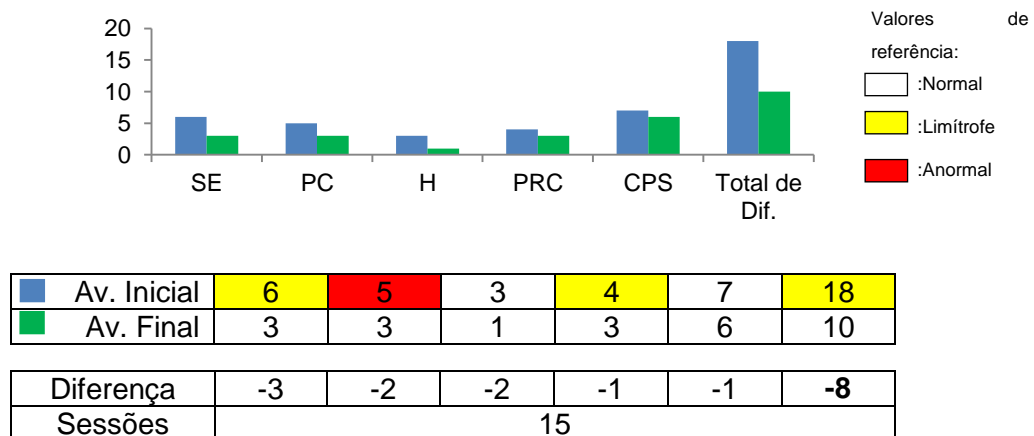


Gráfico 68: Avaliação inicial e final da criança nas 5 subescalas e no Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4

Analisando as duas primeiras barras do gráfico, relativas à subescala dos sintomas emocionais, podemos verificar que antes da intervenção o Vi. se encontrava no nível “limitrofe” e após a intervenção, melhorou os seus resultados, passando a apresentar valores de nível “normal”.

Segundo a autoavaliação do Vi. na subescala dos problemas de comportamento, é possível verificar, que inicialmente a criança estava no nível “anormal”. Após a intervenção o Vi. passou para o nível “normal”, o que revela uma melhoria significativa dos resultados.

Como é possível observar nas barras do gráfico, que correspondem à subescala da hiperatividade, na avaliação inicial o Vi. apresentava valores de nível “normal”, após a intervenção os seus resultados melhoraram e a criança em causa manteve-se no nível “normal”.

Analisando agora as barras do gráfico 68, relativas à subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, podemos verificar que, inicialmente o Vi. apresentava valores “limítrofes” e após a intervenção passou a apresentar valores “normais”, o que representa uma melhoria relativamente aos resultados iniciais.

Segundo os dados do gráfico 68, nas barras referentes à subescala do comportamento pró-social, podemos verificar que, tanto na avaliação inicial como na avaliação final, o Vi. obteve valores de nível “normal”, ainda que o seu resultado final fosse ligeiramente pior que o inicial.

Por fim, e analisando as barras do gráfico que se referem ao total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que, na avaliação inicial o Vi. apresentava valores de nível “limítrofe” e após a intervenção apresentou valores de nível “normal”, o que representa uma melhoria significativa dos resultados após a intervenção.

Em seguida serão apresentados os gráficos relativos aos valores médios iniciais e finais do grupo, das cinco subescalas do SDQ, obtidos através da avaliação dos pais e dos professores. Neste caso não será apresentado um gráfico da avaliação das crianças, uma vez que só uma criança respondeu ao SDQ e esses dados já estão contemplados no gráfico 68.

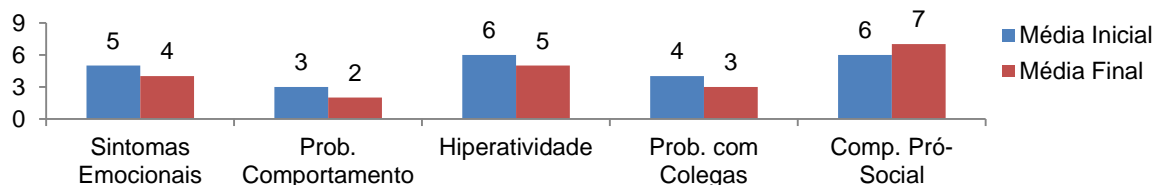


Gráfico 69: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's dos professores – Grupo 4

Analisando o gráfico 69, referente à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, de acordo com os professores, as crianças apresentaram pontuações inferiores em todas as subescalas. Convém referir que na subescala do comportamento pró-social, os valores devem ser interpretados ao contrário, ou seja, uma pontuação mais elevada na média final representa uma melhoria dos resultados após a intervenção.

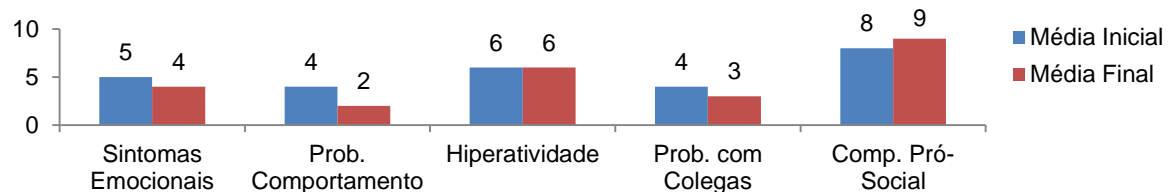


Gráfico 70: Valores médios iniciais e finais obtidos pelos SDQ's dos pais – Grupo 4

Analisando o gráfico 70, que se refere à comparação dos valores médios iniciais e finais, das cinco subescalas do SDQ, de acordo com os pais, as crianças apresentaram melhores resultados ao nível dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento, dos problemas de relacionamento com os colegas e do comportamento

pró-social. Relativamente à subescala da hiperatividade os valores médios iniciais mantiveram-se após a intervenção.

Avaliação do Impacto do Programa

Neste ponto serão apresentadas as apreciações das seis crianças do grupo, acerca da intervenção. Relativamente à utilidade da intervenção, todas as crianças consideraram que estas foram “giras e úteis”. Quanto ao facto de gostarem ou não das sessões, cinco crianças referiram ter gostado “muito” das sessões e apenas uma afirmou ter gostado “pouco” das sessões. Quanto à avaliação dos quatro momentos distintos da sessão, as seis crianças gostaram de igual forma (“Gostei muito”) dos quatro momentos. No que concerne às aprendizagens efetuadas ao longo da intervenção, podemos observar as perceções das crianças face às mesmas no gráfico 71.

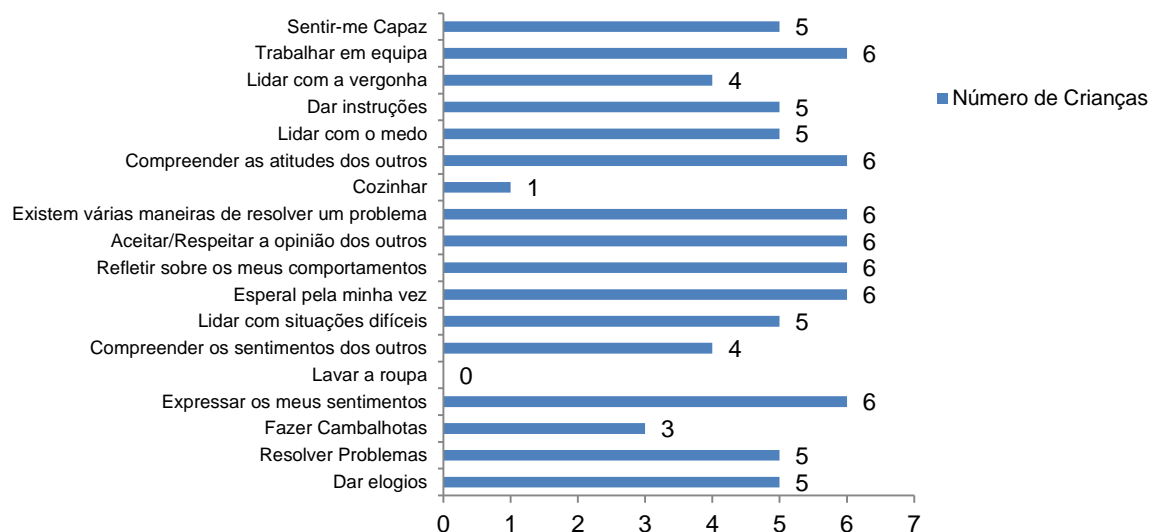


Gráfico 71: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Grupo 4

Como se pode analisar pelo gráfico 71, as crianças elegeram como principais aprendizagens adquiridas o “expressar os meus sentimentos”, o “esperar pela minha vez”, o “refletir sobre os meus comportamentos”, o “aceitar/respeitar a opinião dos outros”, o “existem várias maneiras de resolver um problema”, o “compreender as atitudes dos outros” e o “trabalhar em equipa”. Alguns itens deste gráfico, como o “fazer cambalhotas”, o “lavar roupa” e o “cozinhar”, serviram apenas como variáveis de controlo.

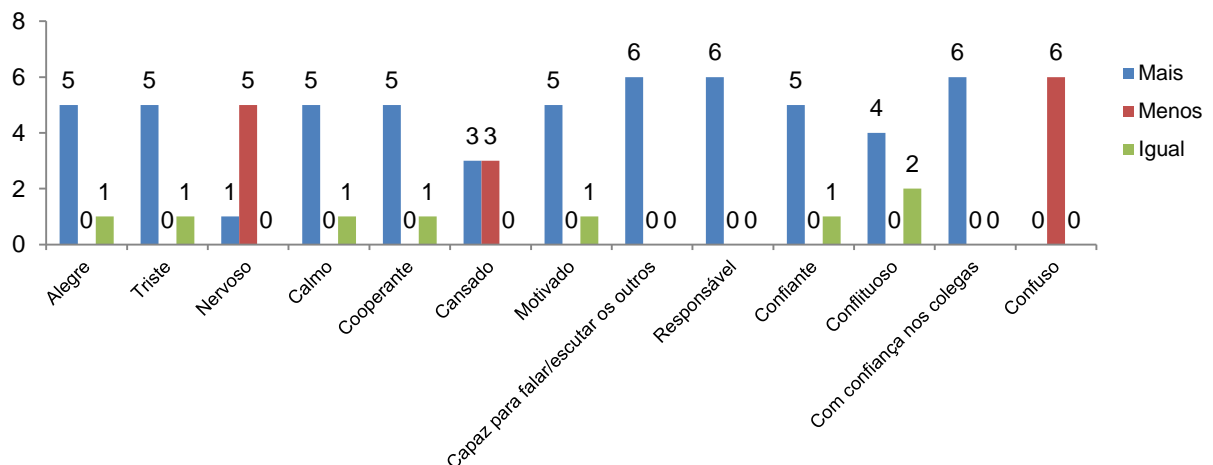


Gráfico 72: Percepção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Grupo 4

Analisando o gráfico 72, pode-se verificar que após a intervenção a maioria das crianças considerou estar mais alegre, calma e motivada, revelando assim uma percepção positiva do seu estado psicológico. Convém ainda salientar que a maioria das crianças considerou estar menos triste, nervosa e confusa após a intervenção.

Quando questionadas se voltariam a participar nestas sessões, as seis crianças do grupo responderam que sim, uma vez que as sessões eram divertidas e lúdicas. Relativamente à questão “recomendariam estas sessões aos amigos”, todas as crianças responderam afirmativamente.

3.7.4. Centro de Dia São Francisco Xavier

Seguidamente encontra-se a apresentação dos resultados das avaliações iniciais e finais, do grupo do CDSFX. Foram contabilizadas para esta análise todas as avaliações dos utentes que estiveram presentes em mais de metade das sessões realizadas e que reuniam as condições necessárias para responder ao protocolo de avaliação, perfazendo um total de seis utentes. Na tabela 1 encontram-se os resultados do domínio da orientação.

Tabela 1: Avaliação inicial e final dos utentes do CDSFX do domínio de Orientação

Sessões		22	22	22	22	21	19
Utentes		Fl.	Mc.	Ja.	Mg.	Ca.	Cd.
Orientação	Av. Inicial	8	8	6	8	7	9
	Av. Final	8	7	4	9	6	9
	Diferença	0	-1	-2	+1	-1	0

Neste domínio foram realizadas nove perguntas sobre o ano, o mês, o dia do mês, o dia da semana, a estação do ano, para além do país, do distrito, da cidade e ainda do local onde se encontravam. Como se pode observar na tabela 1 todos os utentes conseguiram responder corretamente, na avaliação inicial, em pelo menos metade das perguntas, sendo que a maioria acertou em quase todas. Na avaliação final, é possível afirmar que dois utentes mantiveram os resultados, três utentes pioraram e apenas um melhorou os resultados iniciais, ainda que de uma forma geral a maioria dos utentes tivesse acertado mais de metade das questões.

Tabela 2: Avaliação inicial e final dos utentes do CDSFX da Capacidade de Retenção e Evocação

Sessões	Utentes	Retenção			Evocação		
		Av.Inicial	Av.Final	Diferença	Av.Inicial	Av.Final	Diferença
22	Fl.	3	3	0	3	3	0
22	Mc.	3	3	0	3	3	0
22	Ja.	3	3	0	3	3	0
22	Mg.	3	3	0	3	3	0
21	Ca.	3	3	0	3	3	0
19	Cd.	3	3	0	3	3	0

O protocolo de avaliação permitiu ainda avaliar a retenção e evocação. Nesta avaliação eram ditas três palavras aos utentes (pêra, gato, bola). Após ouvirem as palavras, os utentes teriam que repeti-las sendo cotado 1 ponto por cada palavra correta, neste caso era avaliada a capacidade de retenção. A capacidade de evocação era avaliada pedindo ao utente para relembrar as três palavras anteriormente ditas, sendo igualmente cotado 1 ponto por cada palavra correta. Através da tabela 2 podemos verificar que todos os

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

utentes, acertaram inicialmente nas três palavras, quer na capacidade de retenção como na capacidade de evocação, resultados que se mantiveram na avaliação final.

Tabela 3: Avaliação inicial e final do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar dos utentes do CDSFX

Saúde Mental e Bem-Estar	Utentes								
	Fl.			Mc.			Ja.		
Questão	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
1	2	2	0	2	2	0	2	1	-1
2	4	3	-1	4	4	0	3	3	0
3	2	1	-1	3	3	0	2	2	0
4	2	1	-1	1	1	0	2	2	0
5	2	2	0	1	1	0	1	2	+1
6	2	2	0	1	2	+1	1	2	+1
7	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Sessões	22			22			22		
	Utentes								
	Mg.			Ca.			Cd.		
Questão	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
1	1	1	0	1	1	0	2	2	0
2	4	5	+1	3	2	-1	4	5	+1
3	2	2	0	1	1	0	2	3	+1
4	2	2	0	2	2	0	2	2	0
5	2	2	0	2	2	0	1	1	0
6	2	1	-1	2	2	0	1	1	0
7	2	2	0	2	2	0	1	1	0
Sessões	22			21			19		

Legenda: A.I. – Avaliação Inicial; A.F. – Avaliação Final; D. – Diferença

A fim de avaliar o domínio da Saúde Mental e Bem-Estar foram realizadas sete questões aos utentes. A primeira questão consistia em apurar se os utentes conseguiam realizar atividades importantes para si, tendo em conta a cotação: “1-sim, 2-não”. Inicialmente apenas dois utentes responderam afirmativamente a esta questão, enquanto que na avaliação final já se registaram três utentes a referir o sim como resposta, apresentando assim resultados ligeiramente melhores.

Na segunda questão, que pretendia saber como os utentes percecionavam a sua saúde, as respostas variavam entre “1-excelente; 2-muito boa; 3-boas; 4-razoável; 5-fracas”. Na avaliação inicial quatro utentes consideravam a sua saúde “razoável” e 2 utentes “boa”. Na avaliação final, dois utentes avaliaram a sua saúde como “fracas”, um utente como “razoável”, dois utentes como “boa” e um utente como “muito boa”.

A terceira questão, sobre se os utentes se sentiam sozinhos tinha como respostas “1-nunca; 2-às vezes; 3-frequentemente”. Na avaliação inicial um utente referiu que se sentia sozinho “frequentemente”, quatro utentes “às vezes” e um utente “nunca”. Na avaliação final, dois utentes afirmaram sentir-se sozinhos “frequentemente”, dois utentes “às vezes” e outros dois utentes “nunca”.

A quarta pergunta questionava o utente se este teria sofrido alguma perda ou luto recentemente, variando as respostas entre “1-sim” e “2-não”. Nesta questão, houve apenas alterações no caso de um utente que perdeu um familiar durante o tempo de intervenção. Dos restantes cinco utentes, um respondeu “sim” a esta questão na avaliação inicial e final e os restantes quatro utentes responderam “não” nos dois momentos de avaliação.

A quinta pergunta referia-se ao estado psicológico do utente, questionando se este se tinha sentido em baixo, deprimido ou desesperado no último mês, variando as respostas entre “1-sim” e “2-não”. Na avaliação inicial as respostas dos utentes dividiram-se de igual forma nas duas respostas. Os resultados finais mostraram uma ligeira melhoria, com um utente a passar de uma resposta afirmativa para uma negativa.

A penúltima pergunta, questionava se os utentes se sentiam pouco interessados ou sem prazer em realizar as atividades no último mês, sendo que as respostas variavam entre “1-sim” e “2-não”. Inicialmente três utentes responderam ter interesse e três utentes não ter interesse nas atividades. Na avaliação final, os resultados foram ligeiramente piores, passando para quatro o número de utentes que referiram não estar interessados ou não ter prazer em realizar as atividades. Por fim, a última pergunta questionava se os utentes tinham preocupações relativamente às perdas/falhas de memória, e a sua cotação variava entre “1-sim” e “2-não”. Inicialmente quatro utentes consideravam estar preocupadas, enquanto que dois utentes não revelaram essa preocupação, resultados que se mantiveram na avaliação final.

Tabela 4: Avaliação inicial e final dos domínios Físico e Psicológico dos utentes do CDSFX

Sessões	Utentes	Domínio Físico			Domínio Psicológico		
		A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
22	Fl.	18	21	+3	19	22	+3
22	Mc.	22	24	+2	18	16	-2
22	Ja.	27	28	+1	19	23	+4
22	Mg.	17	25	+8	18	21	+3
21	Ca.	34	30	-4	27	26	-1
19	Cd.	19	23	+4	19	10	-9

Legenda: A.I. – Avaliação Inicial; A.F. – Avaliação Final; D. – Diferença

Através da tabela 4 podemos analisar o domínio físico e psicológico. As respostas para estes domínios variam entre “1-nada/muito má/muito insatisfeito/nunca” e “5-muitíssimo/completamente/muito boa/muito satisfeito/sempre”. O domínio físico engloba sete questões e o psicológico seis. Analisando os dados da tabela 4, é possível concluir que de uma forma geral os utentes melhoraram os seus resultados no domínio físico, à exceção da Ca. Relativamente ao domínio psicológico, três utentes melhoraram os seus resultados e outros três pioraram.

Tabela 5: Avaliação inicial e final dos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente dos utentes do CDSFX

Sessões	Utentes	Domínio Relações Sociais			Domínio Meio Ambiente		
		A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
22	Fl.	9	11	+2	23	24	+1
22	Mc.	9	9	0	22	28	+6
22	Ja.	11	11	0	26	31	+5
22	Mg.	11	11	0	26	28	+2
21	Ca.	13	11	-2	31	32	+1
19	Cd.	8	9	+1	23	19	-4

Legenda: A.I. – Avaliação Inicial; A.F. – Avaliação Final; D. – Diferença

A tabela 5 contém os resultados da avaliação inicial e final do domínio relações sociais e do domínio meio ambiente, sendo que as respostas variam entre “1-nada/muito insatisfeito” e “5- muito/muitíssimo/completamente/ muito satisfeito”. Quanto ao número de questões, o domínio relações sociais engloba apenas três questões, enquanto que o domínio meio ambiente compreende oito questões. Analisando agora os dados da tabela

5, é possível concluir que em relação ao domínio relações sociais dois utentes melhoraram os resultados iniciais, três utentes mantiveram os resultados e apenas um apresentou piores resultados na avaliação final. Em relação ao domínio meio ambiente, verificou-se uma melhoria significativa dos resultados, sendo que apenas um utente apresentou piores resultados na avaliação final.

Tabela 6: Avaliação inicial e final da Noção Corporal, Estruturação Rítmica e Motricidade Fina dos utentes do CDSFX

Sessões	Utentes	Noção Corporal			Estruturação Rítmica			Motricidade Fina		
		A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
22	Fl.	1	1	0	0,5	0,5	0	1	1	0
22	Mc.	1	1	0	0,5	0,5	0	2	2	0
22	Ja.	1	0,5	-0,5	0	0	0	2	2	0
22	Mg.	1	1	0	0,5	0,5	0	1	1	0
21	Ca.	1	1	0	0	0,5	+0,5	2	3	+1
19	Cd.	1	1	0	0,5	0,5	0	1	1	0

Legenda: A.I. – Avaliação Inicial; A.F. – Avaliação Final; D. – Diferença

Na tabela 6 podem-se observar os resultados da avaliação da noção corporal, da estruturação rítmica e da motricidade fina. Para a avaliação da noção corporal, foi pedido aos utentes que identificassem dez partes do corpo. A cotação fazia-se segundo o número de partes que os utentes indicavam de forma correta, ou seja, “1- 8 a 10 partes”, “0,5- entre 5 a 7” e “0- menos de 5”. Na avaliação inicial, todos os utentes tiveram a cotação máxima, sendo que após a intervenção apenas um utente apresentou piores resultados, os restantes cinco obtiveram novamente a cotação máxima neste item.

No que diz respeito à avaliação da estruturação rítmica os utentes tinham de imitar 4 batimentos distintos sendo a cotação dada consoante o número de batimentos corretamente imitados: “1- reproduz corretamente 4 batimentos”, “0,5- reproduz corretamente 2 ou 3 batimentos” e “0- reproduz corretamente 1 ou 0 batimentos”. De uma forma geral, os utentes mantiveram os resultados iniciais, sendo que um utente melhorou o resultado após a intervenção.

Para avaliar a motricidade fina foi pedido aos utentes para compor e decompor uma pulseira com dez clips, o mais depressa possível. De acordo com o tempo que demoravam cotava-se: “4- compõe e decompõe a pulseira em menos de 2 minutos”, “3- compõe e decompõem entre 2 e 3 minutos”, “2- compõe e decompõe entre 3 e 5 minutos”, “1- compõe e decompõe a pulseira em mais de 6 minutos ou não realiza a tarefa”. Através da análise dos dados da tabela 6, é possível concluir que cinco utentes mantiveram os resultados obtidos inicialmente e um utente apresentou melhores resultados após a intervenção.

Tabela 7: Avaliação inicial e final do Equilíbrio dos utentes do CDSFX

Sessões	Utentes	Equilíbrio Estático 1			Equilíbrio Estático 2			Equilíbrio Estático 3			Equilíbrio Dinâmico		
		A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
22	Fl.	6	6	0	0	0	0	1	1	0	2	6	+4
22	Mc.	6	6	0	2	2	0	2	1	-1	6	6	0
22	Ja.	6	5	-1	1	1	0	1	1	0	6	5	-1
22	Mg.	6	6	0	0	0	0	1	1	0	6	6	0
21	Ca.	6	6	0	2	2	0	2	1	-1	6	6	0
19	Cd.	6	6	0	2	2	0	2	2	0	6	6	0

Legenda: A.I. – Avaliação Inicial; A.F. – Avaliação Final; D. – Diferença

A tabela 7 apresenta os resultados da avaliação do equilíbrio estático e dinâmico. Na avaliação do equilíbrio estático havia três tarefas distintas. Na primeira, o utente teria que ficar de pé durante 5 segundos, perto de uma secretária ou barra de parede e a cotação era dada da seguinte forma: “0- falha/não realiza”, “1- com dois apoios fixos”, “2- com um apoio fixo”, “3- com uma pessoa”, “4- com dois apoios”, “5- com um apoio” e “6- sem apoio”. Na segunda tarefa, os utentes teriam de manter-se na ponta dos pés durante 5 segundos, perto de uma secretária ou barra de parede e a cotação era realizada da seguinte forma: “0- falha/não realiza”, “1- com apoio” e “2- sem apoio”. Na última tarefa do equilíbrio estático, o utente teria que ficar sobre um pé durante 5 segundos, perto de uma secretária ou barra de parede, sendo a cotação igual à do item anterior. Como é possível verificar através da análise da tabela 7, a maioria dos utentes manteve os resultados obtidos inicialmente nas três provas do equilíbrio estático.

Relativamente ao equilíbrio dinâmico, a sua avaliação consistia em andar uma distância de 5 metros em direção a um ponto fixo e voltar para trás, sendo a cotação atribuída do seguinte modo: “0- falha/não consegue realizar”, “1- caminha com o apoio de duas pessoas”, “2- caminha entre barras ou com apoio contínuo”, “3- caminha com ajuda de uma pessoa”, “4- caminha com andorilho ou duas canadianas”, “5- anda com uma bengala ou canadiana” e “6- anda sozinho”. Através da análise da tabela 7, pode-se concluir que após a intervenção quatro utentes mantiveram os valores iniciais, um melhorou de forma significativa (passou de 2 para 6) e outro utente piorou o valor inicial.

Tabela 8: Avaliação inicial e final da Vigília dos utentes do CDSFX durante o preenchimento do protocolo

Sessões		22	22	22	22	21	19
Utentes		Fl.	Mc.	Ja.	Mg.	Ca.	Cd.
Vigília	Av. Inicial	1	1	1	1	1	1
	Av. Final	1	1	0,5	1	1	1
	Diferença	0	0	-0,5	0	0	0

O nível de vigília dos utentes foi cotado da seguinte forma: “1 - se responde à primeira à instrução de todos os itens”, “0,5 - se é necessário repetir sistematicamente pelo menos metade das instruções” e “0 - se cada instrução é repetida duas vezes”. Como se pode verificar na tabela 8, durante a avaliação inicial todos os utentes mostraram uma boa capacidade de atenção e vigília, no entanto na avaliação final um dos seis utentes avaliados, mostrou-se um pouco distraído, tendo sido necessário repetir de forma sistemática as instruções.

3.8. Discussão dos Resultados

3.8.1. Casa da Fonte

A intervenção na Casa da Fonte contou com uma elevada flutuação de crianças ao longo das sessões, uma vez que o grupo mudava frequentemente, devido às constantes entradas e saídas da Casa. Durante o período de intervenção, contámos com a presença de 18 crianças, destas apenas uma esteve presente nas 23 sessões realizadas. Este facto condicionou a intervenção, uma vez que foi necessário repetir atividades de coesão do grupo e de cooperação, de forma a integrar as crianças que entravam no grupo. Apesar disso, o número de crianças em cada sessão, não variou muito, tendo oscilado entre quatro e sete crianças e a média de crianças por sessão foi de cinco.

Analisando a avaliação dos educadores da Casa da Fonte que corresponde à versão dos Professores verificaram-se algumas alterações, ainda que ligeiras. Assim, segundo a avaliação dos educadores, as crianças apresentaram melhorias, após a intervenção, ao nível dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento e dos problemas de relacionamento com os colegas. De uma forma geral, as crianças apresentaram menos

dificuldades na avaliação final, sendo que uma criança (Da.) melhorou de forma significativa os seus resultados, de acordo com os educadores. O facto de não se verificarem grandes alterações dos resultados após a intervenção, na opinião dos educadores, está provavelmente relacionado com o facto de os Questionários SDQ da avaliação inicial e final serem preenchidos, com pouca diferença de tempo, pelo que seria importante futuramente os estagiários estarem mais atentos ao preenchimento e entrega dos referidos documentos por parte dos educadores da Casa.

De acordo com a avaliação dos auxiliares, os progressos das crianças ao nível das competências pessoais e sociais não foram evidentes, uma vez que os resultados finais foram muito semelhantes aos iniciais. Segundo a avaliação dos auxiliares, as crianças apenas apresentaram melhorias na subescala dos problemas de relacionamento com os colegas. Em termos médios, apresentaram os mesmos resultados na subescala dos problemas de comportamento, da hiperatividade e do comportamento pró-social e pioraram ao nível dos sintomas emocionais. Na avaliação dos auxiliares, que corresponde a avaliação dos pais, é importante salientar a diferença verificada em alguns casos, como na subescala dos sintomas emocionais, em que uma criança (Fa.) piorou de forma significativa os seus resultados. Contudo, deve ser tido em consideração que por vezes, os auxiliares preenchem os questionários sem conhecerem bem as crianças, o que pode influenciar os valores iniciais.

As diferenças verificadas entre a avaliação dos educadores e dos auxiliares podem estar relacionadas com o tempo que cada um destes elementos passa com as crianças, e que pode influenciar a perceção dos mesmos acerca das próprias crianças. Além disso, podem surgir dificuldades no relacionamento das crianças institucionalizadas com os técnicos, que se prendem, essencialmente, com o número reduzido de funcionários face ao número de crianças e jovens institucionalizados. Este facto aumenta a sobrecarga sobre os técnicos e faz, consequentemente, com que estes fiquem mais indisponíveis e sem tempo para atender às individualidades de cada criança (Mota & Matos, 2010).

Devido às frequentes, e imprevisíveis, saídas das crianças na Casa da Fonte, não foi possível obter a autoavaliação final de três das nove crianças, contempladas na avaliação dos educadores e dos auxiliares, ficando esta incompleta.

Analisando agora os dados da autoavaliação das crianças, é possível verificar, através das médias dos valores iniciais e finais, que estas apresentaram piores resultados, após a intervenção, na subescala dos sintomas emocionais, dos problemas de relacionamento com os colegas e do comportamento pró-social, o que não era esperado pelas estagiárias, nem vai de encontro à avaliação feita pelos educadores. No entanto estes resultados não podem ser analisados de forma linear, uma vez que nas diferentes subescalas, bem como no total de dificuldade do SDQ algumas crianças melhoraram os seus resultados, enquanto outras pioraram. Os resultados verificados podem estar relacionados com o facto de uma criança (Th.) se ter autoavaliado de forma muito negativa ao nível dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento, dos problemas de relacionamento com os colegas após a intervenção. Convém ainda salientar que esta criança, apresentou poucas dificuldades na avaliação inicial, o que talvez explique a discrepância verificada entre a avaliação inicial e final no total de dificuldades do SDQ. Assim, considera-se que no momento da avaliação inicial esta criança não tinha a perceção das suas reais dificuldades, daí não ter feito uma avaliação ajustada à realidade e bastante díspar dos educadores e dos auxiliares. Convém salientar que os resultados obtidos através da autoavaliação do Th., não estão de acordo com aquilo que se verificou no decorrer da intervenção, uma vez que esta criança apresentou progressos ao nível do comportamento, participação, empenho e motivação nas sessões. Um outro fator que pode influenciar os resultados, prende-se com o facto de a avaliação final coincidir com a saída das crianças da Casa, o que constitui por si só um momento de grande agitação e ansiedade para as crianças, e que pode deturpar a perceção das mesmas acerca das suas próprias dificuldades, exacerbando-as em alguns

casos. Estes dados são corroborados por Antunes (2011) que afirma que a saída da instituição representa um momento de grande vulnerabilidade e sofrimento emocional para a criança ou jovem.

Relativamente à avaliação do impacto do programa, todas as crianças gostaram das sessões, considerando-as “giras e úteis”, algumas crianças indicaram o diálogo inicial e final como os momentos menos apreciados da sessão. Considera-se que estes são os momentos menos apreciados, pelo facto de as crianças não se sentirem confortáveis em partilhar com o grupo as suas vivências pessoais ou por estes serem momentos menos dinâmicos, em que as crianças têm de estar paradas a ouvir os outros. Quanto às aprendizagens adquiridas, a maioria das crianças considerou que após a intervenção melhorou aspetos como a expressão dos sentimentos, o esperar pela sua vez, a resolução de problemas e o trabalhar em equipa, o que vai de encontro aos resultados esperados pelas estagiárias e à avaliação informal realizada ao longo da intervenção.

Em relação às avaliações da sessão, realizadas semanalmente pelas crianças, verificou-se que as aprendizagens adquiridas pelas crianças, foram de encontro aos objetivos estabelecidos pelas estagiárias.

De uma forma geral, considera-se que os objetivos foram cumpridos, ainda que os resultados da intervenção ficassem aquém daquilo que era esperado, tendo em conta que os progressos da intervenção apenas foram evidentes na avaliação feita pelos educadores. Os dados apurados podem estar relacionados com a institucionalização e com as dificuldades que as crianças enfrentam ao longo deste processo. Geralmente, a institucionalização é vivida como uma experiência dolorosa, uma vez que provoca a rutura com o ambiente conhecido, exige adaptações sucessivas (Amado *et al.*, 2003, *cit. in* Bizarro, 2011) e fornece relações descontínuas e dificuldades na construção dos afetos e identidade própria (Teixeira, 2009, *cit. in* Bizarro, 2011). Para além disto, a separação do ambiente conhecido e a chegada à instituição implica sentimentos de perda, angústia e, muitas vezes, um intenso sentimento de culpa e necessidade de recuperar o ambiente perdido (Amado *et al.*, 2003, *cit. in* Bizarro, 2011).

Numa avaliação mais informal, foi possível verificar que as crianças melhoraram ao nível do comportamento, da comunicação com os pares e com as próprias estagiárias, do respeito pelo outro, da compreensão e expressão dos sentimentos. Por fim, convém salientar que a capacidade reflexiva das crianças também melhorou, sendo que estas foram capazes de interiorizar e expressar de forma mais eficaz as aprendizagens adquiridas, transferindo simultaneamente estas aprendizagens para a sua vida diária, o que também se pretendia com a intervenção.

3.8.2. Psicomotricidade na Escola E.B. 1 de Caselas – Grupo 1

Neste grupo, serão discutidos os resultados da avaliação dos professores e dos pais acerca das sete crianças que formavam o grupo. Relativamente à autoavaliação das crianças, foram apenas recolhidos os dados de três crianças, uma vez que as restantes três não reuniam as condições necessárias ao preenchimento do SDQ.

De acordo com a avaliação dos professores, as crianças melhoraram os seus resultados ao nível dos sintomas emocionais e da hiperatividade, apresentando consequentemente menos dificuldades, a nível total, na avaliação final. Na avaliação inicial feita pelos professores, e tendo em conta a média do grupo, apenas a subescala dos problemas de relacionamento com os colegas e do comportamento pró-social se encontravam dentro da normalidade. Após a intervenção, a subescala dos sintomas emocionais também passou para valores médios “normais” e a subescala da hiperatividade passou de valores médios “anormais” para valores “límitrofes”.

Analisando agora a avaliação feita pelos pais, os resultados da avaliação inicial são muito semelhantes aos resultados apurados antes da intervenção. Assim, segundo esta fonte de avaliação não se verificaram melhorias decorrentes da intervenção, pelo contrário, as crianças pioraram os seus resultados ao nível da hiperatividade, enquanto que nas

restantes subescalas os valores finais foram semelhantes aos iniciais. Convém salientar os resultados obtidos por uma criança do grupo (Da.), que apresentou mais dificuldades, de acordo com os pais, após a intervenção. Estes dados não coincidem com as observações feitas pelas estagiárias ao longo das sessões, uma vez que a criança em causa apresentou progressos ao nível da comunicação, cooperação, comportamento e empenho durante as sessões, contudo o aluno em causa não foi tão assíduo quanto os restantes colegas, o que poderá estar relacionado com os dados apurados.

Segundo a avaliação dos professores e dos pais os valores da subescala da hiperatividade mantiveram-se bastante elevados após a intervenção, ainda que tivessem diminuído na opinião dos professores. Estes dados podem estar relacionados com o facto de o grupo ser constituído por crianças bastante imaturas e agitadas, além disso o período de intervenção foi reduzido e as atividades desenvolvidas não focavam diretamente a hiperatividade. Os sintomas de hiperatividade e impulsividade afetam frequentemente o desempenho da criança em contexto escolar podendo traduzir-se em dificuldades de aprendizagem, baixo nível de socialização e autoestima (Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013). Assim, seria importante no futuro promover mais atividades que trabalhem este domínio, tendo em conta a influência do mesmo no comportamento e rendimento académico das crianças.

Na autoavaliação feita pelas crianças, os valores da avaliação final são muito semelhantes, em termos médios, aqueles que se foram apurados na avaliação inicial. Desta forma e segundo as crianças, não houve uma melhoria significativa dos resultados após a intervenção. Analisando o gráfico relativo à autoavaliação das crianças do total de dificuldades do SDQ, verifica-se que as alterações após a intervenção foram maioritariamente no sentido negativo, uma vez que três das quatro crianças apresentaram mais dificuldades após a intervenção. Contudo, convém salientar que houve uma melhoria significativa de uma criança (Fi.) neste âmbito. Os dados apurados estão de acordo com a avaliação informal realizada pelas estagiárias, uma vez que a criança em causa, inicialmente era muito impulsiva e tentava frequentemente assumir uma posição de líder no grupo, no entanto no decorrer das sessões esta criança melhorou o seu comportamento, tornando-se mais cooperante com os colegas e respeitando as indicações das estagiárias.

De uma forma geral e considerando as três fontes de avaliação, não se verificaram, em termos quantitativos, melhorias significativas ao nível das competências pessoais e sociais, após a intervenção. Pode-se ainda afirmar, que os resultados foram mais evidentes na opinião dos professores, segundo os quais, se verificou, de uma forma geral, a diminuição das dificuldades apresentadas pelas crianças, sendo de salientar dois casos em que essa diminuição foi bastante significativa (Mi. e Ti.).

Numa avaliação informal realizada pelas estagiárias ao longo da intervenção, verificou-se que houve melhorias deste grupo após a intervenção, nomeadamente na relação das crianças com os pares e com as próprias estagiárias, na autorregulação do comportamento, na compreensão e expressão dos sentimentos e na capacidade de ouvir e respeitar a opinião dos outros. Assim, é possível afirmar que embora os resultados em termos quantitativos ficassem aquém dos esperados, os objetivos foram cumpridos, o que está de acordo com a avaliação feita pelos professores. Considera-se pertinente que futuramente os pais tenham um papel mais ativo no programa de intervenção, de forma a poderem compreender melhor os comportamentos dos filhos e o impacto destes a nível escolar, familiar e social. Neste sentido destacamos os programas de intervenção na área das competências sociais (referidos na revisão da literatura) que valorizam a participação dos pais, uma vez que estes têm um papel fundamental na regulação do comportamento dos filhos, contribuindo para a eficácia da intervenção.

Na avaliação das crianças sobre o impacto do programa, todas gostaram muito das sessões e consideraram que estas foram “úteis e giras”. Relativamente às aprendizagens adquiridas, as crianças destacaram os itens “existem várias maneiras de resolver um

problema”, “lidar com o medo”, “trabalhar em equipa” e “sentir-se capaz”. Convém ainda referir que provavelmente por distração as crianças, as crianças selecionaram algumas variáveis parasitas como o “dar instruções” e o “lavar a roupa” como competências adquiridas. Por fim, convém salientar que a maioria das crianças se sentiu mais alegre, calma, motivada e confiante após a intervenção.

3.8.3. Psicomotricidade na Escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo – Grupo 4

Na discussão dos resultados deste grupo serão contemplados os resultados de seis das sete crianças que formavam inicialmente o grupo, uma vez que uma delas desistiu das sessões, por motivos pessoais. Na autoavaliação das crianças será feita apenas a discussão dos resultados de uma criança, a única do grupo com idade e maturidade para responder ao SDQ. Tendo em conta os resultados obtidos através da avaliação dos professores, dos pais e da criança, é possível afirmar que, de uma forma geral, se verificaram melhorias significativas dos resultados após a intervenção.

De uma forma geral, e de acordo com a avaliação feita pelos professores, as crianças melhoraram em todas as subescalas do SDQ e apresentaram após a intervenção uma diminuição do número de dificuldades, sendo que a magnitude da diferença foi mais relevante em dois casos (Vi. e An.). Convém ainda referir que inicialmente, e em termos médios, quatro subescalas apresentavam valores de nível “limítrofe”, no entanto, após a intervenção todas as escalas estavam dentro da normalidade, o que revela uma melhoria significativa dos resultados.

Analisando agora a avaliação feita pelos pais, as crianças apresentaram melhorias ao nível dos sintomas emocionais, dos problemas de comportamento, dos problemas de relacionamento com os colegas e do comportamento pró-social após a intervenção. Os valores finais da subescala da hiperatividade, em termos médios, foram iguais aos iniciais. De acordo com a avaliação dos pais, a evolução relativa aos problemas de comportamento foi bastante positiva, dado que a maioria das crianças apresentou uma diminuição das dificuldades a este nível.

Na autoavaliação realizada pela única criança do grupo com condições para responder ao SDQ, verificou-se uma melhoria significativa em todas as subescalas após a intervenção. Na avaliação inicial, o Vi. apresentava valores de nível “limítrofe” nos sintomas emocionais e nos problemas de relacionamento com os colegas e apresentava valores de nível “anormal” nos problemas de comportamento. Após a intervenção, a criança passou a apresentar valores de nível “normal” em todas as subescalas, bem como no total de dificuldades do SDQ, o que revela uma melhoria bastante significativa dos resultados após a intervenção. Os dados apurados, estão de acordo com as observações feitas pelas estagiárias ao longo da intervenção, uma vez que a criança em causa revelou melhorias ao nível do comportamento, da relação com os colegas, da compreensão e expressão dos sentimentos e da cooperação com o grupo. Considera-se ainda que o facto de esta criança (Vi.) ter frequentado as sessões de Psicomotricidade no ano letivo anterior contribui para a eficácia da intervenção verificada neste caso.

Os resultados obtidos neste grupo são muito satisfatórios, pelo que é possível afirmar que os objetivos definidos foram alcançados. Estes resultados vão ainda de encontro à avaliação informal, ou seja, qualitativa realizada pelas estagiárias, que puderam verificar progressos das crianças, nomeadamente em termos do comportamento, do autocontrolo, da capacidade de ouvir e respeitar a opinião dos outros, da compreensão e expressão dos sentimentos, da relação com os pares e da motivação e empenho ao longo das sessões. Convém ainda referir que os resultados apurados confirmam a eficácia da implementação de programas na área da promoção de competências pessoais e sociais, como os que foram já apresentados na revisão da literatura.

Relativamente à avaliação do impacto do programa, todas as crianças afirmaram ter gostado muito das sessões, mencionando a sua importância, considerando ainda ter adquirido competências como o “expressar os meus sentimentos”, o “esperar pela minha

vez”, o “refletir sobre os meus comportamentos”, o “aceitar/respeitar a opinião dos outros”, o “existem várias maneiras de resolver um problema”, o “compreender as atitudes dos outros” e o “trabalhar em equipa”. Através da avaliação das crianças, podemos verificar que a aprendizagem “fazer cambalhotas” (variável parasita) foi amplamente selecionada, demonstrando por parte das crianças alguma confusão e falta de atenção. Por último, convém referir que após a intervenção a maioria das crianças considerou estar mais alegre, calma e motivada.

3.8.4. Centro de Dia São Francisco Xavier

Através da análise dos resultados do protocolo de avaliação dos idosos, é possível verificar que estes apresentaram algumas melhorias após a intervenção, ainda que ligeiras. Relativamente à avaliação da orientação, apenas um utente apresentou melhores resultados após a intervenção. Estes resultados não foram os esperados, uma vez que este domínio foi trabalhado em todas as sessões. Contudo, os resultados apurados vão de encontro aquilo que foi observado ao longo das sessões, pois era notória a dificuldade da maioria dos utentes em relembrarem a data.

No que se refere à capacidade de retenção e evocação, inicialmente todos os utentes apresentaram valores máximos, o que se manteve após a intervenção. Assim, é possível afirmar que os utentes não apresentavam dificuldades nesta área. Quanto ao domínio da saúde mental e bem-estar, não se verificaram alterações significativas dos resultados após a intervenção.

Analisando agora os resultados do domínio físico, da escala da qualidade de vida, é possível verificar que, de uma forma geral, os resultados melhoraram de forma significativa após a intervenção. Estes resultados podem estar relacionados com uma melhor perceção dos utentes acerca das suas capacidades, nomeadamente ao nível da mobilidade e da capacidade de realizar as atividades de vida diária, decorrente da intervenção.

Em relação ao domínio psicológico, três utentes melhoraram de forma significativa os resultados e outros três pioraram, um deles de forma pronunciada. Os resultados apresentados pelo utente que piorou significativamente, estão de acordo com as observações realizadas durante as sessões, uma vez que este utente mantinha uma postura muito pessimista perante a vida, o que não se alterou ao longo da intervenção, apesar das constantes tentativas e esforços das estagiárias para contrariar esta tendência. Nesta linha de pensamento, Azeredo (2011a) afirma que se o idoso tem uma postura negativa face à vida, então será um desajustado psíquica e socialmente na pós-reforma, com uma perceção de inutilidade resultante de estereótipos e de conflitos intergeracionais, associados ainda à falta de apoio familiar.

Quanto à avaliação do domínio relações sociais, não houve grandes alterações dos resultados após a intervenção, o que poderá estar relacionado com o facto de a maioria dos utentes não manter um círculo de amigos fora do Centro de Dia, ou as suas relações sociais serem muito limitadas. Neste sentido, Azeredo (2011a) refere um dos principais problemas com que os idosos se deparam é a perda de papéis, quer seja no trabalho, no contexto familiar e ainda na sua rede social.

No que se refere ao domínio meio ambiente, é possível afirmar que, de uma forma geral, os utentes melhoraram os resultados após a intervenção, alguns de forma significativa.

Relativamente à noção corporal, todos os utentes apresentaram valores máximos na avaliação inicial, contudo na avaliação final, um utente piorou o seu resultado. Os resultados a este nível são satisfatórios e coincidem com o trabalho desenvolvido durante as sessões, nas quais este foi um dos aspetos sobre os quais se incidiu.

Os resultados finais na avaliação da estruturação rítmica e da motricidade fina foram muito semelhantes aos iniciais. Em relação à motricidade fina, eram esperados melhores resultados após a intervenção, tendo em conta que este fator psicomotor foi amplamente trabalhado ao longo das sessões.

No que se refere ao equilíbrio estático, não se verificaram grandes alterações dos resultados após a intervenção, o que se verificou também ao nível do equilíbrio dinâmico, embora neste domínio um utente tivesse melhorado de forma expressiva o seu resultado após a intervenção.

Durante o preenchimento do protocolo, os utentes demonstraram, de uma forma geral, uma boa capacidade de atenção e concentração, à exceção de um utente, que se mostrou um pouco distraído na avaliação final.

Numa avaliação informal, isto é, mais qualitativa é possível afirmar que os utentes alcançaram progressos a vários níveis, o que foi corroborado pela Diretora do CDSFX, que ao longo do período de intervenção sempre valorizou muito o nosso trabalho. Assim, considera-se que após a intervenção, melhorou a comunicação e a interação entre os utentes, estes tornaram-se mais participativos, recetivos e empenhados ao longo das sessões e a maioria deles conseguiu manifestar uma visão mais otimista perante a vida e perante as suas próprias condições de vida, o que certamente melhorou o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. O processo de envelhecimento apesar de estar associado a perdas (a nível biológico, cognitivo e social) não deve ser encarado como inevitavelmente patológico e a promoção da autonomia deve ser um objetivo centralizador das intervenções dirigidas a esta população.

Os dados apurados após a intervenção vão de encontro a um estudo realizado por Costa (2011) que demonstrou que as pessoas idosas que estejam inseridas num programa de intervenção psicomotora e mantenham uma vida ativa, boas relações sociais e ainda uma atividade mental continuada, podem ter um envelhecimento bem-sucedido e manter a sua independência, vivendo esta fase da vida de forma agradável e com um bom nível de qualidade de vida.

3.9. Atividades de Formação Complementares

Ao longo do estágio, para além das atividades desenvolvidas no âmbito da psicomotricidade e da promoção de competências pessoais e sociais, foram ainda desenvolvidas atividades complementares na Casa da Fonte e na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier.

Na Casa da Fonte foram realizadas duas atividades extra, a primeira consistiu numa visita ao Aquário Vasco da Gama (ver Anexo 16), planeada pelas estagiárias de 2º ciclo e que contou com a participação das crianças, das estagiárias, bem como de um educador da Casa da Fonte. A segunda atividade extra coincidiu com o final da intervenção e compreendeu um passeio/dinamização de atividades no Parque dos Poetas em Oeiras (ver Anexo 17), sendo que o planeamento das atividades foi da responsabilidade das estagiárias de 1º ciclo.

Convém ainda referir que participei em dois *workshops* organizados pela Secção Estudantil da Associação Portuguesa de Psicomotricidade, que abordaram o tema das crianças em risco, o primeiro aludiu aos principais conceitos da área (vertente teórica) e o segundo abordou a avaliação e intervenção (vertente prática). No âmbito do estágio realizado na Casa da Fonte, considero que a participação nestes *workshops* foi uma mais-valia, uma vez que me proporcionou conhecimentos e estratégias a implementar na intervenção com esta população.

Na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, realizei a avaliação psicomotora de uma criança por solicitação da Dr.^a Ana Morato, participei também no desfile de carnaval e fui monitora numa colónia de férias, organizada pela Junta de Freguesia no mês de julho de 2013. Convém ainda referir que por indicação da Diretora do CDSFX, participei num seminário organizado pela Cruz Vermelha Portuguesa, no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Considero que estas atividades permitiram complementar e aprofundar as aprendizagens adquiridas ao longo do estágio e facilitaram a relação estabelecida com os orientadores locais e com as crianças.

4. Dificuldades e Limitações

Antes de mais, convém referir que dificuldades e limitações foram e são encontradas em todos os trabalhos realizados, pelo que este estágio não foi diferente. Em todos os contextos de intervenção, possivelmente em alguns mais do que noutros, existiram aspetos limitantes à realização das sessões, que acarretaram dificuldades, mas que ainda assim foram ultrapassadas, com dedicação e persistência. A maioria das dificuldades com que nos deparamos, ainda que tivessem sido limitantes, constituíram o ponto de partida para o crescimento em termos pessoais e profissionais, aproximando-nos do contexto real de trabalho.

Na Casa da Fonte as estagiárias depararam-se com várias limitações. Inicialmente a principal dificuldade verificada prendeu-se com o espaço disponibilizado para a sessão, que não era o mais apropriado. Esta dificuldade foi ultrapassada, uma vez que as estagiárias pediram permissão para realizar as sessões no ginásio do Centro Social Paroquial de Oeiras, pedido este que foi aceite pelos responsáveis do CSPO. Outra das limitações encontradas está relacionada com o horário em que decorreram as sessões, pois estas eram ao fim do dia e depois de uma semana de aulas, as crianças vinham naturalmente cansadas e por vezes acabavam por descarregar as frustrações da escola e da relação com os colegas, o que interferia com o decurso normal das sessões e com a prestação das crianças nas mesmas.

As idades das crianças mostraram também ser uma limitação, pois ao longo do estágio, tivemos crianças com idades compreendidas entre os sete e os 13 anos. Este facto dificultou o planeamento das sessões pois era necessário desenvolver atividades que se adequassem a todas as crianças, o que nem sempre se revelou uma tarefa fácil, pois as atividades mais simples desmotivavam as crianças mais velhas, e por outro lado as tarefas mais complexas não eram indicadas para as crianças mais novas, que ainda não tinham adquirido por exemplo competências de leitura.

A duração da sessão também mostrou ser uma limitação no decorrer do estágio, uma vez que no início da sessão, as crianças tinham de arrumar o seu material da escola e a organização do grupo ainda demorava algum tempo. O tempo dedicado às atividades, bem como a reflexão sobre as mesmas deveria ter sido mais extenso, no entanto com o preenchimento das fichas de avaliação da sessão e do comportamento, a sessão passava muito rápido.

O facto de algumas crianças participarem em apenas uma sessão, constituiu de igual forma uma limitação e condicionou a intervenção, pela coesão do grupo. Além disso, na maior parte das vezes as crianças apenas frequentavam as sessões por indicação do Diretor da Casa, para estarem ocupadas e para verificarem se gostavam das atividades. Deste modo, estas crianças acabavam por não beneficiar da intervenção. Tendo em conta este tipo de situações, seria importante pensar num programa de intervenção de carácter mais universal e que se destinasse a um grupo aberto, desta forma a intervenção não teria objetivos estruturados, nem definidos para o grupo.

A principal dificuldade encontrada na intervenção na Casa da Fonte prendeu-se com a flutuação do grupo ao longo das sessões, decorrente das constantes entradas e saídas da Casa. Assim, verificou-se uma alteração na dinâmica e na relação entre as crianças, sendo que as crianças “novas” precisavam de algumas sessões para se integrarem no grupo, o que levava muitas vezes à repetição de atividades e não permitia alcançar os objetivos pré-estabelecidos. Por fim, considerando ainda a intervenção na Casa da Fonte, a falta de material revelou-se outra limitação pois o ginásio do CSPO dispunha apenas de bolas, cadeiras e mesas, pelo que o material necessário para as sessões era realizado e/ou levado pelas estagiárias.

No projeto Psicomotricidade na Escola, foram sentidas algumas limitações, nas sessões do grupo 2 que se realizaram na Escola E.B. 1 de Caselas, as dificuldades sentidas prenderam-se com a duração reduzida das sessões, uma vez que 45 minutos não eram

suficientes para organizar o grupo, realizar as atividades e refletir sobre as mesmas. As sessões dos grupos 4 e 5, que se realizaram na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo foram as que trouxeram mais dificuldades para as estagiárias porque eram realizadas num local de passagem, situado entre a cozinha e os corredores das salas de aula. Devido à sua localização, as sessões eram constantemente interrompidas por auxiliares, crianças ou professores que circulavam neste espaço, o que provocava alguma agitação nas crianças, que não se conseguiam concentrar nas tarefas que estavam a realizar. Outra limitação sentida foi a desistência de algumas crianças, quer por coincidir com a hora de outra atividade quer por decisão conjunta da criança e do professor, que na opinião das estagiárias não foram razões que justificassem a saída das mesmas. Para além disso, algumas sessões não foram realizadas, sendo as estagiárias informadas na hora da sessão, devido a realização de atividades suplementares como por exemplo: fotografias de turma, simulacro, hora do conto ou apresentação de projetos. Relativamente ao grupo 5, o horário das sessões mostrou ser uma limitação, pois era difícil reunir o grupo, tendo em conta que as crianças eram de turmas diferentes e algumas ainda estavam no intervalo neste horário. Ainda em relação ao horário das sessões do grupo 5, quando estava a chover nos dias da sessão, esta tinha de começar com um atraso de meia hora, pois havia crianças a ocuparem o ginásio, o que mostrou ser uma limitação. Na escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo, a duração das sessões também mostrou ser uma limitação, visto os 45 minutos não serem suficientes para a realização de todas as etapas essenciais da sessão. Por fim, mas não menos, importante, a dificuldade de comunicação com as Professoras desta Escola, também se revelou uma limitação, pois as Professoras pareciam não compreender a importância das sessões, deixando por vezes ao critério das crianças a decisão de participar nas sessões ou impedindo-as mesmo de participar como forma de castigo pelo mau comportamento nas aulas.

Por último, e considerando a intervenção realizada no Centro de Dia de São Francisco Xavier, inicialmente as estagiárias sentiram dificuldades em conseguir motivar os utentes a participarem nas sessões, contudo esta dificuldade foi-se atenuando ao longo das sessões. Outra dificuldade prendeu-se com o pouco material disponível no Centro. Assim a maioria do material usado nas sessões, foi transportada pelas estagiárias ou produzido pelas mesmas. Por fim, a principal dificuldade sentida na intervenção no Centro de Dia relaciona-se com o facto de as sessões decorrerem no refeitório. O local onde decorriam as sessões não era o mais indicado, uma vez que este era um local de passagem entre a cozinha e o gabinete da Diretora, pelo que era frequente a passagem de pessoas, bem como o barulho, o que destabilizava a dinâmica das sessões, bem como os utentes.

5. Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro

Ao longo deste estágio foi possível viver experiências negativas e positivas, mas todas elas enriquecedoras, não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

Na Casa da Fonte a intervenção exigiu uma sensibilidade mais apurada, tendo em conta o grupo alvo e as vivências destas crianças. Além disso, foi difícil lidar com as saídas das crianças, que por vezes ocorriam, sem termos a oportunidade de nos despedirmos das mesmas. Contudo o trabalho realizado com estas crianças foi muito gratificante, porque considero que a intervenção realizada proporcionou a aquisição de competências fundamentais, que podiam ser transferidas para a sua vida diária e ser usadas como uma ferramenta para lidar com os problemas com que se podiam deparar no futuro. Convém ainda salientar que nas sessões de psicomotricidade, era visível a satisfação e a motivação das crianças, sendo que estas alcançaram progressos ao nível da capacidade de ouvir e respeitar a opinião dos outros, de pensar acerca dos seus comportamentos, da relação com os pares e com os adultos e da compreensão e expressão dos sentimentos. Ainda relativamente à Casa da Fonte considera-se que teria sido mais proveitoso definir

grupos mais homogêneos ao nível da idade, bem como realizar as sessões em outro horário. Para concluir, e tal como já foi referido anteriormente o facto de algumas crianças participarem em apenas uma sessão condicionou a intervenção e o cumprimento dos objetivos. Assim, considera-se que seria pertinente os educadores da Casa fazerem uma avaliação mais ponderada das crianças antes de as encaminharem para a Psicomotricidade.

Relativamente à intervenção no Projeto “Psicomotricidade na Escola”, esta constitui uma mais-valia para as estagiárias, que eram as principais responsáveis por este trabalho. A dificuldade na comunicação com os Professores da Escola E.B. 1 Os Moinhos do Restelo foi a principal limitação verificada nas sessões com os grupos desta escola. Como recomendações para o futuro, considera-se que os professores devem ser mais responsáveis pela participação das crianças nas sessões, uma vez que são os próprios a sinalizar as crianças para participarem nesta atividade. Seria também importante de futuro repensar a duração das sessões, bem como incluir os pais das crianças no programa de forma a compreenderem melhor a importância da Psicomotricidade. Neste sentido, considero que uma sessão de sensibilização e de esclarecimentos para pais e professores antes de começar a intervenção seria fundamental.

A colaboração no Projeto “Afetos na Escola”, da responsabilidade das psicólogas da Junta de Francisco Xavier, constituiu uma mais-valia no âmbito do estágio, pois permitiu a articulação com técnicos de outra área, distinta, mas complementar à psicomotricidade. Esta experiência permitiu ainda a aquisição de conhecimentos e aprendizagens, que podem ser transferidos para a intervenção psicomotora.

A intervenção psicomotora com idosos constitui uma experiência nova em termos profissionais, na qual as dúvidas e dificuldades iniciais deram lugar à partilha de vivências e experiências enriquecedoras e que contribuíram para estabelecer uma boa relação entre as estagiárias e os utentes. Além disso, os resultados obtidos em termos qualitativos foram gratificantes, tendo-se verificado progressos dos utentes ao nível do bem-estar, da comunicação e interação com os outros, da motivação e interesse nas atividades, da gestão de conflitos e da qualidade de vida. A continuidade desta intervenção é fundamental para a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida desta população, além disso seria pertinente tentar implementar sessões de carácter individual, para ir de encontro às necessidades e às características dos idosos.

Este estágio, apesar do imenso trabalho que compreendeu pela diversidade de locais, populações e grupos, contribuiu de forma inequívoca para a nossa formação académica, dando-nos um contacto real com a prática profissional e permitiu-nos crescer pessoalmente, desenvolvendo as nossas capacidades de relação interpessoal. O facto de termos de planear, dinamizar as sessões e fazer os relatórios em conjunto, permitiu-nos desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa. Ao longo do estágio surgiram alguns contratempos e situações difíceis de gerir, no entanto penso que as mesmas foram benéficas, uma vez que nos aproximaram da realidade e nos permitiram comprovar que durante a intervenção nem sempre as coisas correm como nós queremos.

As minhas expectativas para o futuro prendem-se com a possibilidade de trabalhar na área da Psicomotricidade, seja com crianças ou com idosos. Se não tiver essa oportunidade no nosso país, pelo período que atravessámos, bem como pelas dificuldades na regulamentação da profissão em Portugal, gostaria de dar o meu contributo a outro país, onde a Psicomotricidade já seja reconhecida e valorizada, enquanto profissão e área de intervenção.

6. Bibliografia

- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience Following Child Maltreatment: A Review of Protective Factors. *Canadienne Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alberto, I. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Edições Almedina.
- Antunes, M. D. P. (2011). *Factores de risco e de protecção associados à resiliência: estudo comparativo entre adolescentes que vivem com a família e adolescentes acolhidos em lar de infância e juventude*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Aragón, M. (2007). Intervención Psicomotriz en Ancianos. *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Azeredo, Z. (2011a). Envelhecimento individual. In Z. Azeredo (Coord.), *O Idoso como um todo* (46-76). Viseu: PsicoSoma.
- Azeredo, Z. (2011b). Bem envelhecer. In Z. Azeredo (Coord.), *O Idoso como um todo* (131-144). Viseu: PsicoSoma.
- Bizarro, L. M. G. (2011). *O Bem-estar Subjectivo de Adolescentes Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., & Freiria, L. R. B. (2010). Indicativos de problemas de comportamento e de habilidades sociais em crianças: um estudo longitudinal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, (3), 460-469.
- Calheiros, M. (2006). *A construção social do mau trato e da negligência parental: do senso comum ao conhecimento científico*. Coimbra: Imprensa de Coimbra.
- Câmara Municipal de Lisboa (n.d.). Programa Intervir. Acedido setembro 2, 2013, em: <http://goo.gl/3S223s>.
- Canha, L., & Neves, S. (2008). *Promoção de Competências Pessoais e Sociais – Desenvolvimento de um Modelo Adaptado a Crianças e Jovens com Deficiência*. Odemira: INR.
- Carneiro, M. (2003). As consequências do abuso sexual na imagem corporal das crianças e a influência de uma terapia psicomotora. *A Psicomotricidade*, 3(2), 71-82.
- Carvalho, J. C. M. (2012). *Estudo dos efeitos de um programa de promoção da resiliência e de competências pessoais e sociais em adolescentes com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais – estudos de caso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Cordovil, C., Crujo, M., Vilarica, P., & Caldeira da Silva, P. (2011). Resiliência em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Acta Med. Port.*, 24(S2), 413-418.
- Costa, M. (2011). *Qualidade de vida na terceira idade: a Psicomotricidade como estratégia de educação em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Universidade Lusófona, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 16/2011 de 25 de Janeiro. *Diário da República n.º 17 1ª série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Decreto-Lei n.º 281/2007 de 7 de Agosto. *Diário da República n.º 151 – 1ª série*. Ministério da Defesa Nacional.
- Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança (2006). *Respostas Sociais: Nomenclaturas/Conceitos*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Duarte, C. S. F. (2012). *O papel da mediação sócio-educativa na ajuda às crianças e jovens em risco*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga – Portugal.
- Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Madger, L. S. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse & Neglect*, 35, 96-104.

- Félix, Oliveira, & Faria (2008). Ficha de Avaliação da Sessão. Documento interno do Projeto de Investigação Aventura Social. Lisboa: FMH/UL.
- Ferreira, C. A. M. (2000). *Psicomotricidade: Da educação infantil à gerontologia*. Teoria & Prática. São Paulo: Editora Lovise.
- Ferreira, A. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Fleitch, Loureiro, Fonseca, & Gaspar (2000). *Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa*. Acedido outubro 21, 2012, em <http://www.sdqinfo.com>.
- Fox, D. P., Gottfredson, D. C., Kumpfer, K. L., & Beatty, P. D. (2004). Challenges in disseminating model programs: A qualitative analysis of the Strengthening Washington DC Families Program. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(3), 165-176.
- Freitas, E. J. F. L. F., Simões, M. C. R., & Martins, A. P. L. (2011). Impacto de um programa de competências pessoais e sociais em crianças de risco. In *Libro de actas do XI congresso internacional galego-português de psicopedagogia*, Corunha, 7-9 Set. 2011.
- Frey, K. S., Hirschstein, M. K., & Guzzo, B. A. (2000). Second Step: Preventing aggression by promoting social competence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(2), 102-112.
- Han, S., Catron T., Weiss B., & Marciel, K. K. (2005). A Teacher-Consultation Approach to Social Skills Training for Pre-Kindergarten Children: Treatment Model and Short-Term Outcome Effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 681-693.
- Instituto de Segurança Social (2007). *Políticas para a infância em Portugal na área da Segurança Social*. Lisboa: ISS.
- Instituto da Segurança Social (2009). *Guia Prático – estabelecimentos integrados*. Lisboa: ISS.
- Instituto Nacional de Estatística, INE (2011). Acedido julho 3, 2013, em <http://www.ine.pt/>.
- Instituto Nacional de Estatística, INE (2012). *Resultados definitivos do Censos 2011: Análise dos principais resultados*. Acedido setembro 25, 2013, em: <http://goo.gl/FW9oLi>.
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia Prático para Cuidadores de Idosos* (129-147). Viseu: PsicoSoma.
- Junta de Freguesia de São Francisco Xavier (n.d.). Acedido setembro 10, 2013, em: <http://www.jf-sfxavier.pt/>.
- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. *Diário da República nº 204 – I Série-A*. Assembleia da República.
- Li, F., Godinet, M. T., & Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children risk of maltreatment: Follow up to early school year. *Children and Youth Services Review*, 33, 139-148.
- Madera, M. R. (2005). A Relação Interpessoal na psicomotricidade em Pessoas com Demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55.
- Martins, P. C. M. (2004). *Protecção de crianças e jovens em itinerários de risco: representações sociais, modos e espaços*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga – Portugal.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychology*, 11, 143-169.
- Masten, A. S. (2004). Regulatory Process, Risk, and resilience in Adolescent Development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 310-319.

- Masten, A. S., & Gewirtz, A. G. (2006). Resilience in development: the importance of early childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-6, Acedido setembro 22, 2013, em: <http://goo.gl/hjclEu>
- Matos, M. G. (2005). Psicomotricidade, Saúde, Desenvolvimento e competência pessoal e social. *A Psicomotricidade*, 6, 34-39.
- Matos, M. G., & Tomé, G. (Coord.) (2012). *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade, Volume 2: Intervenções com jovens e na comunidade*. Lisboa: Placebo Editora.
- Mersky, J. P., & Topitzes, J. (2009). Comparing early adult outcomes of maltreatment and non-maltreatment children: A prospective longitudinal investigation. *Children and Youth Services Review*, 32, 1086-1096.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspetiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 367-377.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise Psicológica*, 28(2), 245-254.
- Núñez, J. G. (2003). A Psicomotricidade em crianças abandonadas e maltratadas. *A Psicomotricidade*, 3(2), 27-33.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (75-95). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pereira, M. G., Roncom, J. & Carvalho, H. (2011). Aspectos psicológicos e familiares do envelhecimento. In Z. Azeredo (Coord.), *O Idoso como um todo* (101-130). Viseu: PsicoSoma.
- Pereira, F. (2012). Sistemas de apoio aos idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia Prático para Cuidadores de Idosos* (119-128). Viseu: PsicoSoma.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 405-416.
- Regulamento Interno Casa da Fonte (2010). *Santa Casa da Misericórdia*. Lisboa.
- Regulamento Interno Centro Dia São Francisco Xavier (2011). *Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Lisboa*.
- Reis, V. J. O. (2009). Crianças e jovens em risco: contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ribeiro, M. C. O., & Sani, A. I. (2009). Risco, protecção e resiliência em situações de violência. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 400-407.
- Rodrigues, F., & Nascimento, S. (2011). O cérebro do idoso. In Z. Azeredo (Coord.), *O Idoso como um todo* (77-86). Viseu: PsicoSoma.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Sánchez-Pérez, N., & González-Salinas, C. (2013). School Adjustment of Pupils with ADHD: Cognitive, Emotional and Temperament Risk Factors. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 527-550.
- Sanders, M. R. (1999). "Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71-90.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (n.d.). Crianças e jovens em perigo. Acedido setembro 4, 2013, em: <http://goo.gl/jcqY36>.

- Santos, F., Sobral, M., Costa, A., & Ribeiro, O. (2003). Estudo da prevalência da depressão numa população idosa institucionalizada. *Revista portuguesa de Geriatria*, 15, 10-27.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Schultz, D., Tharp-Taylor, S., Haviland, A., & Jaycox, L. (2009). The relationship between protective factors and outcomes for children investigated for maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 33, 684-698.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Lisboa: FCT/FCG.
- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., & Ferreira, M. (2008). Impacto of Negative life Events on Positive Health in a population of adolescents with special needs, and protective factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(1), 53-65.
- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., Diniz, J. A., & Equipa do Projeto Aventura Social (2009). *Ultrapassar Adversidades e Vencer Deasfios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência*. Lisboa: Edições Aventura Social/FMH.
- Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Desenvolvimento de um Programa de Promoção da Resiliência na Adolescência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 101-109.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Thompson, R., & Tabone, J. K. (2010). The impacto of early alleged maltreatment on behavioral trajectories. *Chil Abuse & Neglect*, 34, 907-916.
- Tomás, C. & Fonseca, D. (2004). Crianças em perigo: o papel das comissões de protecção de menores em Portugal. *Revista de Ciências Sociais*, 47(2), 383-408.
- Uliando, A., & Mellor, D. (2012). Maltreatment of children in out-of-home care: A review of associated factors and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 34, 2280-2286.
- Vasconcelos, M. M. (2003). A Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 12(23), 51-60.
- Vieira, J.L., Batista, M. I. B., & Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade Relacional: Teoria de uma prática* (2ª Edição). Curitiba: Filosofart Editora.
- Virtuoso, M. (2005). *A inserção sócio-profissional e a qualidade de vida das pessoas com deficiência visual*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.